

ممارسة الخدمة الإجتماعية مع المسنين

الدكتورة
سماح سالم سالم
أستاذ خدمة الجماعة المشارك
جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن

الدكتورة
سمر صبحي يوسف
أستاذ خدمة الجماعة المساعد
جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن-سابقا

الدكتورة
أمل جابر سيد
أستاذ خدمة الجماعة المساعد
جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن-سابقا






دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة
شركة جمال أحمد محمد حيف وإخوانه
www.massira.jo


دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة
شركة جمال أحمد محمد حيف وإخوانه
www.massira.jo

بسم الله الرحمن الرحيم

ممارسة الخدمة الإجتماعية
مع المسنين

رقـــــم التصـــنيف : 362.6

المؤلف ومن هو في حكمه : سماح سالم سالم/ سمر صبحي يوسف/ أمل جابر سيد

عنـــوان الكـــتاب : ممارسة الخدمة الإجتماعية مع المسنين

رقـــــم الإيـــداع : 2014/8/3829

الـــواصـــفـــات : الخدمة الإجتماعية/ رعاية المسنين

بـــيانـــات الـــنشـــر : عمان - دار المسيرة للنشر والتوزيع

تم إعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

الطبعـــة الأولـــى 2015م – 1436هـ



عنوان الدار

الرئيسي : عمان - العبدلي - مقابل البنك العربي هاتف : 5627049 6 962+ فاكس : 5627059 6 962+

الفرع : عمان - ساحة المسجد الحسيني - سوق البتراء هاتف : 4640950 6 962+ فاكس : 4617640 6 962+

صندوق بريد 7218 عمان - 11118 الأردن

E-mail: info@massira.jo . Website: www.massira.jo

التصميم والاخراج بالدار - دائرة الانتاج

ممارسة الخدمة الإجتماعية مع المسنين

الدكتورة
سماح سالم سالم
أستاذ خدمة الجماعة المشارك
جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن

الدكتورة
سمر صبحي يوسف
أستاذ خدمة الجماعة المساعد
جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن-سابقا

الدكتورة
أمل جابر سيد
أستاذ خدمة الجماعة المساعد
جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن-سابقا



إهداء

إلى

"حكمة الزمان"

من أمضوا حياتهم مضحين بسعادتهم من أجل إسعادنا وراحتنا

من رضوا بانطفاء شموعهم من أجل اضاءة شموع حياتنا

إلى جميع القلوب النقية الآباء والأمهات من كبار السن

لعلنا نرد بعض الجميل، وإنا لمقصرون.

الفهرس

الفصل الأول

مدخل لدراسة المسنين

الفصل الثاني

رعاية المسنين عالمياً المؤسسات و مظاهر الرعاية

الفصل الثالث

المساعدة المهنية للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين

الفصل الرابع

النماذج والنظريات المفسرة لرعاية المسنين

الفصل الخامس

برامج الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين

الفصل السادس

العمل الفريقي

الفصل السابع

الممارسة المهنية المبنية على البراهين في التعامل مع مشكلات المسنين مع نماذج بحثية وأساليب التدخل

الفصل الثامن

القضايا المرتبطة برعاية المسنين

المقدمة

يتطلب الوصول إلى مرحلة الشيخوخة تكيفاً مع البيئة المحيطة والمجتمع ككل وتوافقا مع الذات للتغلب على مشاعر العجز الناجمة عن التناقص التدريجي لقدرات ووظائف المسن، وبدون وجود المهنيين المتخصصين في الرعاية على اختلاف مظاهرها يصعب الوصول الآمن للتكيف والتوافق المنشود، وتأسيساً على ذلك تسعى مختلف المجتمعات إلى تقديم أوجه الرعاية الاجتماعية لهذه الفئة كحق من حقوقهم، بل ويقاس مدى تقدمها بما توليه من خدمات وأوجه رعاية لجميع مواطنيها على اختلاف مراحل حياتهم العمرية، من خلال مؤسسات ومهن متخصصة، والخدمة الاجتماعية كمهنة تُعنى بتزويد الاخصائيين الاجتماعيين خلال فترة إعدادهم المهني بأسس وأساليب المساعدة المهنية للمسنين لتمكنهم من تقديم الممارسات المهنية المبنية على البراهين والأسس العلمية التي يحتاجها العاملون في الميدان.

لذا فقد جاء الكتاب الحالي لتحقيق عدة أهداف أهمها:

1. تزويد طلاب الخدمة الاجتماعية بالمعرفة المتخصصة عن أسس رعاية المسنين في الخدمة الاجتماعية.
2. توفير مادة علمية متخصصة لطلاب الخدمة الاجتماعية تتسم بالشمول والتنوع لما يحتاجونه من نماذج، ونظريات، ومهارات؛ تعينهم على التطبيق العملي بالمجال.

3. مساعدة دارسي وباحثي الخدمة الاجتماعية وجميع المهتمين على كيفية التصميم المنهجي لبرامج رعاية المسنين وكيفية تطبيقها.
4. مناقشة عدد من القضايا الهامة في حياة المسن من زوايا واتجاهات متعددة تمكن من الفهم الكامل لهذه القضايا.
5. تمكين الاخصائيين الاجتماعيين وجميع الطلاب والمهتمين بالخدمة الاجتماعية من إدراك الخصوصية والفروق الأساسية بين مجال رعاية المسنين وغيره من مجالات الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية.

ولتحقيق الأهداف السابق الإشارة إليها اجتهدت المؤلفات في بذل الجهد المناسب في الاطلاع على المؤلفات العلمية بمجال المسنين بالإضافة إلى الدوريات والبحوث العلمية العربية والأجنبية في مجال العلوم الاجتماعية والإنسانية والتربوية بوجه عام والخدمة الاجتماعية بوجه خاص للاسترشاد بها في موضعها، والمدقق لمحتويات الكتاب يلحظ أن عرض الموضوعات جاء بطريقة إجرائية في المواضع التي تتطلب ذلك حرصاً على تدعيم الجانب التطبيقي للممارسة المهنية في مجال رعاية المسنين والذي يسهم في تنمية الإدراك المهني للمتخصصين في الخدمة الاجتماعية بكيفية توظيف المعرفة المكتسبة في دراسة القضايا والظواهر والمشكلات ذات الارتباط بمجال التخصص.

وقد جاء كتاب ممارسة الخدمة الاجتماعية مع المسنين في ثمانية فصول، حاول كل فصل منها تغطية موضوع هام من موضوعات رعاية المسنين في الخدمة الاجتماعية على النحو التالي:

تناول الفصل الأول عدة موضوعات: مفهوم المسنين، ماهية الشيخوخة، أنواع الشيخوخة، مراحل الشيخوخة، خصائص مرحلة الشيخوخة، عوامل الشيخوخة المبكرة، علم الشيخوخة.

وتناول الفصل الثاني "رعاية المسنين عالمياً "المؤسسات ومظاهر الرعاية": مفهوم الرعاية الاجتماعية، خصائص الرعاية الاجتماعية للمسنين وظائف الرعاية الاجتماعية، أهداف الرعاية الاجتماعية، مظاهر رعاية المسنين عالميا، مظاهر رعاية المسنين بالدول العربية.

بينما خصص الفصل الثالث لعملية المساعدة المهنية للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين حيث تناول: عملية المساعدة المهنية، ماهية المساعدة المهنية، مفهوم المساعدة المهنية، عناصر المساعدة المهنية، مبادئ المساعدة المهنية، مراحل المساعدة المهنية.

وقد تناول الفصل الرابع النماذج والنظريات المفسرة لرعاية المسنين على النحو التالي: أهمية التنظير للممارسة المهنية مع المسنين، تعريف النظرية الاجتماعية، الوظائف التي تؤديها النظرية، منطلقات النظرية الاجتماعية المفسرة لرعاية المسنين النظريات الاجتماعية المفسرة لرعاية المسنين (نظرية الدور- نظرية الانسحاب (النظرية الانفصالية)- نظرية النشاط- النظرية التبادلية- نظرية الأزمة) نماذج الممارسة المهنية في مجال رعاية المسنين.

بينما خصص الفصل الخامس لبرامج الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين: فلسفة برامج رعاية المسنين، أهمية البرامج لمجال رعاية المسنين، أهداف برامج رعاية المسنين، حقائق يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند وضع برامج رعاية المسنين، خطوات تصميم برامج رعاية المسنين، عوامل نجاح برامج رعاية

المسنين، عوامل فشل برامج رعاية المسنين، أنواع برامج رعاية المسنين، أنواع الأنشطة المقدمة للمسنين.

وقد تناول الفصل السادس العمل الفريقي للأخصائي الاجتماعي في مجال رعاية المسنين: مفهوم العمل الفريقي في مجال رعاية المسنين، خصائص العمل الفريقي، أهمية العمل الفريقي، أهداف العمل الفريقي، المبادئ التي يجب أن يقوم عليها العمل الفريقي، محددات عمل الفريق، المقومات الأساسية للعمل الفريقي، عناصر العمل الفريقي، تكنيكات التعامل مع فريق العمل، والعمل الفريقي في مجال رعاية المسنين.

وقد خصص الفصل السابع للممارسة المبنية على البراهين في التعامل مع مشكلات المسنين.

خطوات الممارسة المهنية المبنية على البراهين، المشكلات النفسية والعقلية للمسنين مع نماذج بحثية وأساليب التدخل، المشكلات الاجتماعية، المشكلات الصحية، المشكلات الاقتصادية، مشكلات وقت الفراغ.

وقد أفرد الفصل الثامن للقضايا المرتبطة برعاية المسنين: نظرة المسن لنفسه، نظرة المسن لمن حوله، نظرة المسن للمجتمع، نظرة المجتمع للمسن، نظرة المسن لخدمات الرعاية المقدمة

وينسجم هذا المؤلف مع معظم الخطط الحديثة التطورية التي تستهدف إعداد متخصصي الخدمة الاجتماعية على درجة عالية من الكفاءة والمهارة المطلوبة في ظل مجتمع المعرفة المتجددة.

وفي النهاية نحمد الله ﷻ أن أتم علينا هذا العمل، ونتمنى أن تتحقق الفائدة المرجوة منه للارتقاء بمستوى الإعداد المهني النظري والعملي في ميدان رعاية المسنين في الخدمة الاجتماعية.

وفقنا الله جميعاً لما يحب ويرضى

المؤلفات

الفصل الأول

مدخل لدراسة المسنين

مقدمة

أولاً: مفهوم المسنين

ثانياً: ماهية الشيخوخة

ثالثاً: أنواع الشيخوخة

رابعاً: مراحل الشيخوخة

خامساً: خصائص مرحلة الشيخوخة

سادساً: عوامل الشيخوخة المبكرة

سابعاً: علم الشيخوخة

مراجع الفصل الأول

الفصل الأول(*)

مدخل لدراسة المسنين

مقدمة

يعتبر مجال رعاية المسنين من أهم مجالات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية وذلك لأهمية مرحلة الشيخوخة كأحد مراحل عمر الإنسان ولما لها من خصائص جسمية ونفسية واجتماعية وعقلية، تتطلب استخدام أساليب مهنية تتناسب مع هذه الخصائص كما يعد المسن قيمة كبيرة في المجتمع ينبغي الاستفادة من إمكانياته وخبراته الشخصية والمهنية وتحقيق الاستقلالية له قدر الإمكان وتدعيماً لأسرة المسن وحتى تقوم بدورها في رعاية المسن داخلها لابد من التعرف على هذه المرحلة و احتياجاتها والتي يجب إشباعها للمسن وذلك للوقاية من حدوث مشكلات ويلقي هذا الفصل الضوء على هذه المرحلة كمدخل لدراسة المسنين وتحديد مفهوم المسنين. وما هية الشيخوخة والتعرف على أنواع الشيخوخة وتوضيح مراحل الشيخوخة وتحديد أهم خصائص هذه المرحلة وعوامل الشيخوخة المبكرة وتوضيح المقصود بعلم الشيخوخة وعلم الشيخوخة الاجتماعي وعرض لاحتياجات المسنين في ضوء خصائصهم.

(*) قام بإعداد هذا الفصل د/ سمر صبحي.

أولاً: مفهوم المسنين

استخدم العرب لفظ الشيخ مرادفا للفظة المسن وهو من استبانت فيه السن وظهر عليه الشيب (المنجد، 1975، 410).

ويحدد معجم مصطلحات الرعاية والتنمية الاجتماعية المسن بأنه: هو الشخص الذي تقدمت به السن ويفترض فيه عدم القدرة على العمل (بدوي، أحمد زكي، 1987، 489).

مفهوم المسنين على أساس الجوانب الجسمية

المسنون هم الأشخاص الذين تحدث لديهم تغيرات فسيولوجية غير قابلة للرجوع والتي تحدث في الجسم نتيجة تقدم العمر، وتستمر بصفة تصاعدية نحو الكبر. أي أنها ضعف بالجسم وزيادة متصاعدة في عمليات الهدم الذاتي وعدم القدرة على وقاية الذات بسبب عجز الجهاز المناعي ونقص إفراز الهرمونات وكذلك التأثير السلبي على عملية التمثيل الغذائي (عبد اللطيف، رشاد أحمد، 2007م، ص 20).

مفهوم المسنين على أساس العمر الزمني

ترى بعض وجهات النظر أن المسنين هم من يبلغون السن من (60 – 65 سنة) ويعتبر هذا هو المسن في أمريكا وبريطانيا ولكن نتيجة لتفضيل بعض المسنين للعمل بعد سن التقاعد فقد قررت الحكومة البريطانية عام 1994 زيادة سن التقاعد للرجال والنساء ليبدأ من 65 سنة. بينما نجد من يحدد المسنين بأنهم من يبلغون سن الستين (Marshal & Dixon, 1995, p15) عاماً أو تزيد ويحددون مرحلة المسنين بثلاث مراحل هي:

1. مرحلة الشيخوخة المبكرة (60 – 65).
2. الشيخوخة المتوسطة (65 – 70).
3. الشيخوخة المتأخرة (70 – 75 سنة) وتستمر حتى نهاية الحياة (عبد اللطيف، رشاد أحمد، 2007، ص 20). كما ترى وجهة نظر أخرى في تحديدها لهذه المرحلة العمرية أن الشيخوخة تنقسم إلى مرحلتين فقط الأولى من سن 60 عاماً إلى 74 عاماً والثانية من 75 عاماً وحتى نهاية العمر (علي، ماهر أبو المعاطي، 2002، ص311).

مفهوم المسنين على أساس الجوانب النفسية

تعرف مرحلة المسنين بأنها حالة من قصور الإمكانيات الذاتية لتحقيق التوافق النفسي وعجز نسبي في قدرات الشخص على مواجهة ضغوط الحياة أو الوفاء بمتطلبات التكيف مع الآخرين (عثمان وآخرون، 1995، ص165).

مفهوم المسنين على أساس الجوانب الاجتماعية

يركز الاجتماعيون على أن المسن هو من يتعرض لمجموعة من التغيرات البيولوجية والتغير في المراكز والأدوار والمكانة المهنية والصحية والاجتماعية التي من شأنها التأثير في إدراك الآخرين له وما يؤدي إليه ذلك من طرق مختلفة للتفاعل معه مما يؤثر على تصور المسن لذاته وعمره وسلوكه (جبريل، وآخرون، 1997، ص137-138).

أو هو الشخص المعال من الغير، وبحاجة لأشكال مختلفة من الرعاية والدعم، ومن الناحية التشريعية، يعرف بأنه الشخص الذي يبلغ السن المقررة لترك الخدمة وهي سنة للموظفين، ويستثنى من ذلك العاملون الذين تقضي

قوانين التقاعد والتأمينات مد فترة خدمتهم لفترة أخرى (السروجي، علي، 2009، ص222).

ومما سبق يمكن تعريف المسنين إجرائياً كما يلي:

1. كبار السن ممن تزيد أعمارهم عن 60 عاماً.
2. يعاني المسنون من قصور في الإمكانيات الذاتية بشكل عام.
3. تحدث لدى المسنين تغيرات بيولوجية واجتماعية تتعلق بفقد المركز والمكانة الاجتماعية والدور الاجتماعي.
4. لدى المسنين حاجات متعددة جسمية ونفسية واجتماعية واقتصادية.
5. يعاني المسنون من ضعف في قدراتهم على تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي وعدم القدرة على مواجهة ضغوط الحياة.
6. المسنون بحاجة إلى رعاية متكاملة والتدخل المهني لمساعدتهم على مواجهة ما يعترضهم من مشكلات.

ثانياً: ماهية الشيخوخة

كثيراً ما يستخدم العلماء مفهوم الشيخوخة كمرحلة من مراحل نمو الإنسان مساويا لتعريفهم للمسنين.

ويرى آخرون أنه ينبغي عدم الخلط بين مفهوم كبر السن (التقدم في العمر) ومفهوم الشيخوخة فالمسنون هم من تعدوا سن الستين، أو وصلوا إلى سن التقاعد الوظيفي، وهم مازالوا في صحة جيدة ويعرف المسن أنه من دخل في طور الكبر الذي هو حقيقة بيولوجية تميز التطور الختامي في دورة حياة البشر. أما مفهوم الشيخوخة فهو يشير إلى الطاعنين في السن، والذين يعانون الأمراض

والتغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تصاحبه. وهي تعني كذلك أحد مراحل التقدم في العمر، وهي تتضمن اضمحلال القدرة الوظيفية للجسم (رشوان، 2011، ص 79- 80).

وترى إحدى وجهات النظر أن الشيخوخة هي نتيجة لتراكم ظواهر كثيرة كالإصابة بالعديد من الأمراض مثل أمراض القلب، والضغط والسكر وتصلب الشرايين وكافة الأمراض الأخرى، وقد تأتي هذه التراكمات المرضية في سن مبكرة (غانم، 2004، ص 14).

كما تعرف الشيخوخة بأنها السن التي ينتهي فيها نضج الإنسان ويتحول النمو إلى عملية تفكك وهبوط تدريجي في قدرة الجسم على القيام بوظائفه وهي حقيقة بيولوجية توضح التطور في حياة الإنسان (عبد اللطيف، رشاد أحمد، 2007، ص21).

ويعرفها آخرون بأنها انخفاض تدريجي في الوظيفة والأداء نتيجة لتقدم العمر، ويرجع هذا الانخفاض إلى الإرهاق العائد إلى تجمع الظروف والأحداث المجهدة والمسببة للإجهاد والمشقة.

ومما سبق يمكننا تعريف الشيخوخة بأنها:

أحد مظاهر كبر السن، وتعد نسبية تختلف من شخص لآخر، وتتضح في إصابة المسن بالأمراض الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية ويتم الإسراع في ظهور هذه المظاهر نتيجة لما قد يتعرض له المسن من أزمات صحية ونفسية و واجتماعية بما يؤثر على أدائه لأدواره ووظائفه الاجتماعية.

ثالثاً: أنواع الشيخوخة

تعددت وجهات نظر العلماء في تحديد أنواع الشيخوخة فمنهم من قسمها إلى:

1. الشيخوخة الأولية: تشير إلى حالة من تقدم السن غير مصحوبة بأمراض وتحدث لدى كل الأفراد، وتحدث فيها تغيرات تدريجية، ويكون فيها المسن قادراً على العطاء والعمل، ويتمتع بصحة جيدة.
2. الشيخوخة الثانوية: تحدث لمعظم الأفراد، وتمثل فقداناً جوهرياً أو انحرافاً سلبياً في القدرة على العمل والعطاء، وقد تحدث نتيجة لثلاثة عوامل هي المرض، أو سوء الاستخدام، أو عدم الاستخدام (يوسف، مبروك، 2005، ص 49-51)

كما حدد آخرون أنواع الشيخوخة لثلاثة أنواع هي:

1. الشيخوخة العضوية Organic geriatric:

وهي شيخوخة بيولوجية تظهر في تدهور أجهزة الجسم وتناقص وظائفها تدريجياً.

2. الشيخوخة النفسية Psychological geriatric:

وهي شيخوخة غير عضوية تظهر في تدهور القدرات العقلية وتناقص الوظائف النفسية تدريجياً.

3. الشيخوخة الاجتماعية Social geriatric:

وهي شيخوخة غير عضوية تظهر في تغير الأدوار الاجتماعية والظروف الأسرية وتناقص الكفاءة الاجتماعية تدريجياً.

والتأثير متبادل بين هذه الأنواع الثلاثة فالشيخوخة البيولوجية تؤثر على الشيخوخة النفسية والاجتماعية والشيخوخة النفسية تؤثر على الشيخوخة البيولوجية والاجتماعية وهذا التأثير يجعل الأنواع الثلاثة مترابطة لا يمكن الفصل بينها إلا من أجل الدراسة، ويجعل شيخوخة كبير السن إما أن تكون: شيخوخة عادية جسمياً ونفسياً واجتماعياً أو شيخوخة غير عادية، وشيخوخة مبكرة، وشيخوخة متأخرة. ومع هذا قد تكون الشيخوخة العضوية عادية والشيخوخة النفسية والاجتماعية غير عادية عند بعض كبار السن (مرسي، كمال إبراهيم، ص 31-32).

رابعاً: مراحل الشيخوخة

يرى البعض أن الشيخوخة تنقسم إلى مرحلتين:

1. مرحلة الشيخوخة المبكرة من 60 سنة إلى 75 سنة.
2. مرحلة الهرم وتمتد من سن 75 سنة إلى نهاية العمر (المكتب التنفيذي لمجلس وزارة العمل والشئون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربي، 1992، ص14).

كما حدد آخرون فترات لمرحلة الشيخوخة هي:

1. الكهل: 60 – 75: سنة ما زال يسهم في مجالات الحياة.
2. شيخ: من 75 – 85: سنة قد يسهم في مجالات الحياة إذا كانت صحته مازالت جيدة وقد يلزم الفراش إذا كانت صحته سيئة.
3. هرم: 85 عاما فأكثر: يرقد في فراشه في حالة سيئة إذا كانت صحته غير جيدة، وقد يتحرك من هو قادر صحياً.

4. معمر: 100 سنة فأكثر: يعيش ويقدم الخبرة ويتحدث بصوت خافت (عبد اللطيف، 2007، ص 21- 22).

خامساً: خصائص مرحلة الشيخوخة

تعتري المسنين مع التقدم في العمر مجموعة من التغيرات البيولوجية والاجتماعية والصحية والاقتصادية والتغير في الأدوار والوظائف (المراكز المهنية) وهذه التغيرات تؤثر عليهم باختلاف أنماطهم وسلوكياتهم في تلك المرحلة العمرية.

1. الخصائص النفسية

وتتمثل في:

أ. تغير النمط أو السمة: فرغم الفروق الفردية بين المسنين فثمة ظواهر نفسية وسلوكية أكثر بروزاً لهذه المرحلة مثل: التردد في اتخاذ القرار، التقلب المزاجي، الميل غلى الانسحاب عند المواقف المتأزمة، الميل إلى المبالغة في الحزن، الحيرة بين أحاسيس الخوف من الموت واليأس، وبين الأمل والتفاؤل.

ب. جمود القدرة على التعليم والتغير: يفسر البعض ظاهرة تغير عملية التعليم تبعاً لزيادة العمر على أساس ضعف المرونة للتكيف نتيجة زيادة السن.

ج. تغير القدرات العقلية: حيث يظهر تأثير السن على مختلف الجوانب العقلية عادة، والذاكرة قصيرة المدى خاصة وعدم تنظيم القدرة على عمليات الإحساس أو الإدراك، والأداء النفسي الحركي مع تقدم الأفراد في العمر.

د. تغير التنظيم النفسي للفرد: حيث يحدث تغير في مفهوم الفرد عن ذاته خلال مرحلة الشيخوخة بوجه عام، فمن المشكلات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة: الاعتمادية والعدوانية وعدم الثقة في النفس.

2. الخصائص الجسمية

وتتمثل في:

أ. ضعف الجهاز العضلي الذي يسبب تراخياً في النشاط والحركة، إذ يفقد المسن الدقة والمهارة والاتزان بعد أن كانت متوافرة لديه في المراحل التكوينية السابقة.

ب. الأعضاء الداخلية يصيبها الوهن: حيث يتسرب الضعف إلى القلب والشرايين، وهذا ناتج عن تسرب الدهون وإصابة المسن بضغط الدم وتصلب الشرايين التاجية والذبحة الصدرية.

ج. ضعف الهيكل العظمي لنقص مادة الكالسيوم فيه، فتتقوس القامة وتضعف الأرجل عن حمل الجسم وتتساقط الأسنان.

د. ضعف الحواس عموماً مما يصعب على المسن الاتصال الكامل بما يجري من حوله، وما يقوم به من أشياء.

ه. ضعف الجهاز العصبي وضعف السيطرة الإرادية على نشاطه مما يجعل المسن عرضة للوقوع والتعثر في المشي.

و. نقص كفاءة الجهاز الهضمي والكبد.

ز. يصاب المسن بضيق التنفس الذي يصاحب أي مجهود ولو كان بسيطا.

3. الخصائص الاجتماعية

يزداد انسحاب المسنين وانقطاعهم الفردي عن المجتمع والحياة الاجتماعية مع التقدم في السن، وتتضح أهم الخصائص الاجتماعية للمسنين فيما يأتي:

أ. الفراغ الاجتماعي، نتيجة لتفرق الأصدقاء، أو موت بعضهم، وتتزايد هذه الحالة بفقد شريك الحياة فتزداد العزلة لديهم.

ب. الشعور بالفتور العام نتيجة انشغال الأبناء في حياتهم وأعمالهم وأسرهم الأمر الذي يؤدي إلى الشعور بالملل والحدة، مما يجعله يفكر في نفسه بأنه لا قيمة له في المجتمع الذي يعيش فيه.

ج. التقليل بشكل كبير من التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، مما يؤثر بشكل كبير في عزوف المسن عن المحيطين به، وبالتالي اللامبالاة بكل ما يحيط به من أحداث وظواهر.

د. الانسحاب من الحياة الاجتماعية خصوصاً في حالة الشعور بأن المجتمع من حوله لا يعطيه الاهتمام بعد أن كان محط اهتمام الجميع.

ه. الحاجة إلى مساعدة الآخرين، وبالتالي إلى انخفاض الحالة النفسية والمعنوية لديه مما يؤدي إلى الشعور بأنه عبء على الآخرين (السروجي، أبو المعاطي، 2009، ص 224 -226).

وتتلخص أهم الخصائص المميزة لمرحلة الشيخوخة منذ بداية الشيخوخة المبكرة فيما يلي:

- يجد الفرد صعوبة كبيرة في المحافظة على مكانته في المجتمع المتطور الذي يتحرك من حوله بسرعة تفوق سرعة تكيفه للتغيرات التي تحيط به.

- يزيد معدل الفقدان - بشكل واضح - على معدل الزيادة في جميع مظاهر الفرد السلوكية وطاقاته المختلفة.
- الشعور الشديد بالنهاية ويميل أغلب الأفراد في هذه المرحلة إلى التصوف.
- يصبح الفرد ذاتي المركز يهتم بنفسه أكثر من اللازم وقد يبدو أثر ذلك في تعصب الشيوخ لآرائهم وعدم تقبل وجهات النظر الأخرى.
- يجد الفرد صعوبة كبيرة في حل مشكلاته عن طريق التعويض.
- تبدأ أمراض الشيخوخة في إثارة المتاعب الصحية منذ مراحل الشيخوخة المبكرة.
- تبدأ مشكلات العلاقات الاجتماعية عند المسنين مع بداية مرحلة الشيخوخة المبكرة بما يزيد شعورهم بالوحدة والعزلة عن حياة المجتمع (السنهوري، 2005، ص 447 - 448).

سادساً: عوامل الشيخوخة المبكرة

ترجع الفروق الفردية في ظهور الشيخوخة ومعدلات التشيخ إلى عوامل بيئية ووراثية تحدد استعدادات كل فرد للشيخوخة.

وتتلخص أهم عوامل ظهور الشيخوخة المبكرة على النحو التالي:

1. وجود استعدادات وراثية في التكوين الجسمي والجينات الوراثية، فتظهر على الإنسان مظاهر الشيخوخة في سن مبكرة، فيبيض الشعر، ويترهل الجلد، وتظهر التجاعيد والضعف في سن الستين أو قبله.

2. ضعف الصحة العامة في مراحل الطفولة والرشد، فالأشخاص الذين يعانون من ضعف البنية واعتلال الصحة والأمراض في طفولتهم وشبابهم يزداد استعدادهم للإسراع في الشيخوخة.
3. وجود عادات سيئة في مرحلة الشباب، فالشباب الذين يسرفون في التدخين أو يدمنون المخدرات والكحوليات والحبوب النفسية أو يتعاطون المنبهات من قهوة وشاي بكثرة يتعرضون للتشيخ المبكر أكثر من غيرهم.
4. العادات السيئة في التغذية والحرمان من التغذية الجيدة في مراحل الطفولة والشباب.
5. الإجهاد الجسمي المستمر والضغوط النفسية الكثيرة في العمل والأسرة، فالإنسان الذي يحمل نفسه أكثر من طاقتها في العمل أو الدراسة يستهلك طاقاته الجسمية والنفسية سريعاً ويتعرض للشيخوخة المبكرة.
6. أسلوب الحياة الخاطئ في مرحلة الشباب، كعدم تنظيم الوقت والنشاط والسهر كثيراً وعدم الاهتمام بالغذاء وإهمال النشاط والحركة بما يضعف العضلات مع زيادة الوزن فيزداد الاستعداد للشيخوخة المبكرة.
7. الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية السيئة، فمعدلات الشيخوخة المبكرة في المجتمعات النامية أعلى منها في المجتمعات المتقدمة بسبب نقص الرعاية الصحية وسوء التغذية وانعدام الوعي الصحي في المجتمعات النامية بما يسرع بالشباب إلى الشيخوخة (مرسي، كمال إبراهيم، ص33 – 34).

سابعاً: علم الشيخوخة Gerontology

نشأة علم الشيخوخة

إن الاهتمام بدراسات علم الشيخوخة لا يمكن ان تؤرخ له قبل الأربعينات والخمسينات من القرن العشرين الماضي بمعنى أنه لم يمض أكثر من خمسين عاماً تقريباً على تأسيس هذه العلوم التي تهتم بالشيخوخة والعوامل المحدثة لها وأساليب مواجهتها والسيطرة عليها أو التخفيف من حدة نتائجها. وهي سنوات قلائل لا يمكن أن تعد شيئاً في عمر أي علم من العلوم.

نظرة تاريخية لعلم الشيخوخة

إذا كنا نؤرخ لعلوم الشيخوخة في عصرنا الحديث بسنوات قلائل لا تعد شيئاً في عمر العلوم فإن الإنسان منذ القدم لم يغفل هذه المرحلة من العمر في تناوله لظواهر الحياة والموت والخلود. وفي آماله أن يعيش أبداً، وأن يحتفظ بحيوية الشباب فكل هذه القضايا وما يتصل بها كانت تشغل الإنسان البدائي وكانت موضع اهتمام الإنسان في الحضارات القديمة في بابل وأشور ومصر ولدى الإغريق.

وقد كان أبوقراط ممن عملوا على تقدم المعرفة المتعلقة بالشيخوخة وتعتبر آراؤه حول الاعتدال في الغذاء والاهتمام بالتدريبات البدنية بغرض التعمير من أفضل الآراء في وقتنا هذا كما قام أبوقراط بوصف عدد من الأمراض المصاحبة للشيخوخة.

كما توصل أفلاطون إلى إحدى الحقائق التي لا تختلف كثيراً عما توصل إليه علماء الشيخوخة في عصرنا الحديث. إذ يرى أفلاطون أن الإنسان الذي

حقق مستوى عالياً من التكيف في الحياة يمكنه مواجهة مشكلات الشيخوخة بشكل أفضل من الذي لم يستطيع تحقيق هذا المستوى من التكيف

وقام أرسطو بدراسة مقارنة لقدرات كل من الشباب والمسنين وكان يرى أن الجسم يصل إلى قمة حيويته فيما بين الثلاثين والخامسة والثلاثين، وأن العقل يكون في أعلى مستوى لنشاطه عند سن التاسعة والأربعين كما لا تزال آراءه صادقة في وقتنا الراهن وتتلخص في أن الإنسان السليم بدنياً، الميسور مادياً، يمكنه أن يستمتع بشيخوخته على أفضل وجه ممكن وقد تناول ابن سينا دورة الحياة بما فيها مرحلة الشيخوخة بالشرح والتحليل، كما أكد العلاقة ما بين الشيخوخة وعوامل البيئة والتغذية ووظائف الأمعاء أو عمليات الإخراج.

وفي القرون الوسطى سادت المعتقدات الخرافية حول السحر وسادت عقائد قائمة على أساس من التنجيم وما أشبه وكان هناك اعتقاد بأن الممارسة الجنسية مع صغار الإناث تؤخر سن الشيخوخة. وفي عصر النهضة – وعلى وجه التحديد خلال القرنين الخامس عشر والسادس عشر – عادت إلى الضوء المفاهيم الإغريقية والرومانية المتعلقة بحالتي الرشد والشيخوخة وهي مفاهيم تقوم أساساً على الأخلاط وما أشبه كما سادت أيضاً أسطورة نافورة الشباب التي تعيد شباب من يستحم بها وخلال القرن التاسع عشر استمرت محاولات علماء الشيخوخة في جهودهم للتعرف على التغيرات البيولوجية المصاحبة للتقدم في العمر، واستكشاف أساليب السيطرة على هذه التغيرات.

ومع هذا أو عبر كل هذا التاريخ الطويل مازلنا في بداية الطريق نحو تفهم عملية الشيخوخة.

وما زال يصدق حتى الآن قول عالم الأمراض الروسي "ميتشينكوف" عام 1912م بأن العلم يعرف القليل جداً عن الشيخوخة والموت على أن قدراً من هذا الفهم قد أصبح ملحاً في مقابل التقدم في المعرفة المتعلقة بالنمو ومقاومة العدوى والكيمياء الحيوية وغير ذلك. (المكتب التنفيذي لمجلس وزارة العمل والشئون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربي، 1992، ص ص 49 – 52).

تعريف علم الشيخوخة Gerontology

يعرف علم الشيخوخة أيضاً باسم علم أمراض الشيخوخة وهو العلم الذي يدرس عمليات التقدم في السن والوصول إلى حلول للمشاكل الجسمية والنفسية والاجتماعية للمسنين الذين يزداد عددهم باستمرار ويهتم هذا العلم بالتفاعل الذي يحدث بين الإنسان كبير السن والمجتمع الذي يعيش فيه.. لذلك ظهرت عدة علوم تهتم بدراسة مظاهر الشيخوخة ومشكلاتها ومن هذه العلوم علم اجتماع الشيخوخة الذي يركز على خاصة التفاعل الاجتماعي بين المسن والمجتمع، وعلم نفس الشيخوخة الذي يهتم بالجوانب الشخصية للمسن، ومهنة الخدمة الاجتماعية التي تنظر إلى الشيخوخة كعلم يمكن الإسهام فيه من خلال النزول للواقع ومناقشة مشاكل المسنين وإمكان تجمعهم وكيفية الاستفادة منهم وإيجاد الخدمات ووضع البرامج الكفيلة برعايتهم، ولعل أبسط تعريف عن علم الشيخوخة ذلك: على أنه وضعه أتشلي Atchey: "الدراسة العلمية لعمليات وظواهر الشيخوخة" (عبد اللطيف، رشاد أحمد 2007، ص 23).

ولقد أصبحت دراسة الشيوخ اليوم تخصصاً جامعياً جديداً وهاماً وأضيفت مناهج دراسية خاصة عن الشيخوخة إلى مناهج الجامعات والكليات

في أوروبا أو أمريكا إذ يشمل كبار السن والشيوخ قطاعاً هاماً من الشعب على مدى الأجيال.

ويهدف علم الشيخوخة إلى ثلاثة أهداف:

1. دراسة نظرية: والتي تهتم بدراسة نمو وامتداد النظم الإدراكية التي تتكامل وتؤدي إلى تنسيق الحقائق التي لوحظت بالنسبة لكبار السن والشيوخ.
2. دراسة منهاجية: تهتم بإيجاد الطرق والأساليب التي تهتم في الأبحاث، وتقضي منطقية الجدل حول طبيعة كبار السن والشيخوخة.
3. دراسة تطبيقية: وتهتم بمنع أو الإقلال من التأثيرات الضارة للشيخوخة. (رشوان، حسين عبد الحميد، 2011، ص ص 92- 93).

علم الشيخوخة الاجتماعي

يسعى علم الشيخوخة الاجتماعي إلى تحقيق مجموعة من الأهداف التي توفر للمسن الحياة الكريمة منها:

1. وقاية المسنين من الأمراض وخاصة أمراض الشيخوخة.
2. إدماج المسن في الحياة الاجتماعية العامة.
3. الاستفادة من طاقات وخبرات المسنين في مجالات تخصصهم.
4. مساعدة المسن على مواجهة المشكلات الناتجة عن كبر السن.
5. تقوية العلاقات بين الجيل القديم والجيل الحديث مع استفادة الجيل الحديث من خبرات وتوجيهات الجيل القديم.

فإن علم الشيخوخة الاجتماعي يتناول العديد من الموضوعات الخاصة بالمسنين مثل العوامل السكانية والصحية، والثقافية في حياة المسنين والتغيرات

التي تطرأ على المراكز والأدوار والتكيف الاجتماعي للأفراد المعمرين، وكذلك تأثير التقدم في السن على البنيان الاجتماعي والاقتصادي والسياسي للمجتمع، والتدابير التي يمكن بها المعاونة في النهوض بصحة وكيان كبار السن من المواطنين، هذا بالإضافة إلى تحديد العوامل الأخرى المؤثرة في حياة المسنين والتي تشتمل على الجوانب البيولوجية والنفسية والعقلية التي تكتنف كبار السن. (فهمي، محمد سيد، 2007،ص31).

حاجات المسنين

للمسنين حاجات متعددة، وهناك ضرورة نفسية و اجتماعية وجسمية لإشباع هذه الاحتياجات حتى لا يتحول عدم إشباعها أو نقص إشباعها إلى مشكلات يعاني منها المسنون.

ويرى Patreichess

أن المسنين بالإضافة إلى أهمية إشباع الحاجات الرئيسية لديهم مثل (الحاجة إلى الهواء والماء والمأكل والنوم والملبس والمسكن....) فأن لهم حاجات نوعية مثل: الحاجة إلى محافظة على الطاقة، الحاجة إلى المحافظة على الروح المعنوية والرغبة في الحياة، والحاجة إلى الانتماء إلى الجماعات وليس الشعور بالوحدة (أبو النصر، مدحت، 2004، ص 258)

كما أثبتت العديد من الأبحاث أن المسن يحتاج إلى:

1. إشعاره بقيمته وانه عضو نافع وليس "مجرد كم".
2. توفير الرعاية الصحية والجسدية والنفسية له.
3. توفير قدر من الاهتمام بالمسنين وإنشاء نوادي ودور خاصة بهم لكي تلبي احتياجاتهم.

4. العمل على تنمية مواهبهم حتى يجدوا أعمالا مفيدة يشغلون بها فراغهم
5. عمل برامج إرشادية تساعد على:

أ. أن يتقبل الشخص فكرة التقاعد.

ب. أن يتقبل فكرة الضعف الجسدي الذي سوف يقترفه.

ج. أن يتقبل فكرة نقص الدخل الشهري.

د. أن يتقبل فكرة التكيف والتوافق على الأزمات خاصة عند وفاة الزوجة. أو حتى أحد الأبناء أو الأحفاد (غانم، محمد حسن، 2004، ص43).

هذا ويمكن تقسيم احتياجات المسنين حسب وجهة نظر يحي درويش إلى:

1. احتياجات اقتصادية: مثل الحاجة إلى نظام يكفل للمسن الأمن الاقتصادي والحصول على دخل مناسب يتماشى مع الزيادة في أسعار السلع والخدمات والحاجة إلى وضع نظام يكفل اشتراك المسنين في عمليات التنمية والاستفادة من خبراتهم في مجالات تخصصاتهم مع إمكانية الإفادة من تدريبهم على الأعمال التي تناسب إمكانياتهم وقدراتهم الجسمية والعقلية.
2. احتياجات اجتماعية: مثل الحاجة إلى دعم وتعزيز العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، وإلى إنشاء مؤسسات اجتماعية لكبار السن الذين لا يجدون راحتهم داخل أسرهم.
3. احتياجات نفسية: مثل الحاجة إلى وسائل الترفيه والترويح والاشتراك في الرحلات الجماعية والعروض المسرحية وتقريب الفجوة بين الأجيال.
4. احتياجات صحية: مثل الحاجة إلى توفير المصادر الطبية المختلفة لرعاية كبار السن وكذلك الحاجة إلى توفير الخدمات الطبية والمستشفيات والعيادات

والمراكز الطبية لرعايتهم صحياً والحاجة إلى التوسع في مظلة الرعاية الطبية. (أبو النصر، مدحت، 2004 ص ص 258-259).

ومن المهم أن نوضح عددا من الحقائق المرتبطة بالحاجات الصحية للمسنين وهي:

أ. إن تقدم الصحة العامة والوقائية وعلوم التغذية جعل أعراض الشيخوخة لا يمكن أن ترتبط إلا بسنوات العمر المتأخرة التي قد تكون بعد الخامسة والسبعين أو الثمانين أو حتى أبعد من ذلك.

ب. إن تقدم المعرفة في طب الكبر Geriatrices قد أعطى أمالاً كبيرة للتغلب على الكثير من المشكلات الصحية التي طالما عانى منها المسنون.

ج. إنه باتباع إرشاد الرقابة المبكرة في سنوات الحياة يمكن على الأقل تأجيل مظاهر الشيخوخة إلى سنوات طويلة إلى الوراء إن لم يكن من الممكن القضاء عليها تقريباً.. فالكبر ثم الشيخوخة مرحلة صحية وعلى الشباب الاستعداد لها فمشاكل المسنين الصحية مشكلات قابلة للمنع والتأجيل وتخفيف آثارها.

د. إن إعداد الأطباء في كثير من معاهد إعداد الأطباء لازال متخلفاً في الاهتمام بتدريس طب الكبار، الأمر الذي يؤدي إلى فشل كبير في الاستفادة من التقدم العلمي الذي وصل إليه هذا الفرع من العلم بين ممارسي الطب في كثير من بلاد العالم.

5. الاحتياجات الترويحية: إن لدى المسنين وقت فراغ طويل يمكننا أن نستخدمه لمصلحتهم فنحاول إدخال الرضا والسرور إلى أنفسهم عن طريق إشراكهم

في بعض ألوان النشاط المحبب إليهم والذي يعبرون فيه عن مشاعرهم ويبرزون مواهبهم.

وإذا ما أريد للنشاط الترويحي أن يكون وافياً بالغرض منه بالنسبة للمسنين المشتركين، فهناك عوامل يجب مراعاتها وأهمها شخصية المسن ورغباته وحاجاته ويجب على الشخص الذي يعمل في مجال الخدمات الترويحية للمسنين أن يلم بالجوانب المتصلة بعملية التقدم في العمر وأن يتفهم مشكلات المسنين واحتياجاتهم.

6. الاحتياجات الثقافية: من المعروف أن المسن يدخر ثروة لا يستهان بها من المعلومات والخبرات يستطيع معها العطاء والبذل لو أتيحت له الفرصة المواتية كما أن قدرته على التعلم تظل قوية في أغلب الأحيان حتى أن هناك من الدول من ينظم دراسات حرة على المستوى الجامعي للمسن.

وتقوم المكتبات العامة والمكتبات الملحقة بدور ونوادي المسنين بمواجهة الاحتياجات التربوية والثقافية والروحية بالنسبة لكبار السن من مختلف الميول والمستويات الثقافية وتعد هذه المكتبات كمصدر للمعلومات عن النواحي المختلفة المتصلة بموضوع التقدم في العمر. ويمكن لهذه المكتبات أن توفر للمواطنين المسنين الحصول على السبل الميسرة للقراءة كالكتب المطبوعة بالنمط الكبير والعدسات المكبرة لضعاف البصر والكتب الناطقة للمكفوفين وغيرها. (إبراهيم، سيد سلامة، 1997، ص ص 179-181).

7. الاحتياجات السكنية: أظهرت الدراسات قضية تكاد تكون عامة في جميع بلاد العالم وان اختلفت من دولة إلى أخرى.

والبعد الأساسي للقضية هو كيف تتاح سبل الاختيار للمسنين بالنسبة للمكان الذين يرغبون الإقامة فيه أثناء هذه الفترة من حياتهم والتي تتسم بالتغير المفاجئ في ظروفهم ومن أهمها التقاعد والمرض ووفاة الزوج وقلة الدخل.

وأحياناً تمثل مشكلة الإسكان مشكلة هندسية قد يحتاج الأمر إلى بعض التعديلات الهندسية البسيطة لصلاحية المسكن لسكن المسنين كإقامة مطالع بدون درج وتركيب مسند للسلم (درابزين).

وقد اهتمت الدراسات في الدول التي لا تقوم بها الأسرة بإسكان مسنيها ضمن وحداتهم السكنية ويميل فيها المسنون إلى الاستقلال بحياتهم المعيشية إلى البحث عن بدائل في المؤسسات الإيوائية التي تعتبر ولاشك أقل الحلول نجاحاً في توفير الرعاية والكرامة والاستقلال للمسنين ففي مثل هذه المجتمعات وجد أن من بين البدائل عمل جيرات سكنية في مناطق الإسكان أو إقامة المناطق للإسكان التي تقدم حماية خاصة للظروف المعيشية لنوعية احتياجات المسنين، وتساعد هذه المناطق على إمكان توفير برنامج للخدمات المنزلية أو عيادات اسعافية أو إعداد وجبات غذائية للمنازل أو تسهيلات كخدمات الكافيتريا وكذا الحماية من المخاطر الداخلية والخارجية التي سيتعرض لها المسنين عن طريق الحراسة وخدمات التليفون ومراكز الإسعاف...الخ.

وتمكيناً وتشجيعاً للأسر على استيعاب مسنيهم ضمن وحداتهم السكنية فقد تُقدم بعض المعونات من الدول، كإعفاءات ضريبية أو أولويات سكنية فيما تبنيه الدولة من مساكن أو معونات مالية للحصول على وحدات سكنية ذات أحجام مناسبة أو توفير الخدمات الصحية للمسنين في هذه الأسر دون تحمل الأسرة مثل هذه الأعباء أو تدبير فنادق مؤقتة لرعاية مسني الأسرة أثناء أجازات

الأسرة سنوياً التي قد لا يتمكنون من القيام بها نظراً لظروف المسنين الصحية وغير ذلك من الأفكار

ولا شك أن جميع ما ذكرناه من أفكار تشير إلى أن الفكر الاجتماعي في تناول مشكلة الإسكان هو محاولة لإيجاد بدائل متعددة قبل اللجوء إلى فكرة الإيواء في المؤسسات والتي يجب أن تعتبر أو ينظر إليها كالملاذ الأخير أو الحل في مراحل العمر المتأخرة جداً والتي تتطلب رعاية دائمة ومستمرة خاصة. (المرجع السابق، ص ص 183-185).

مراجع الفصل الأول

1. إبراهيم، سيد سلامة: رعاية المسنين، الجزء الثاني، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية، 1997.
2. أبو النصر، مدحت: الإعاقة الاجتماعية المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية، مجموعة النيل العربية، القاهرة، 2004.
3. السنهوري، أحمد محمد: موسوعة منهج الممارسة العامة المتقدمة وتحديات القرن الواحد والعشرين الميلادي، الطبعة السادسة المعدلة، الجزء الأول، دار النهضة العربية، القاهرة، 2005.
4. المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشئون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربي، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية، العدد الثامن عشر، 1992. المنجد، دار الشرق، بيروت، 1975.
5. بدوي، أحمد زكي: معجم مصطلحات الرعاية والتنمية الاجتماعية، دار الكتاب اللبناني، بيروت، 1987.
6. جبريل، ثريا عبد الرؤوف وآخرون: الخدمة الاجتماعية والأسرة المصرية المعاصرة، بل برنت للطباعة، القاهرة، 1997.
7. رشوان، حسين عبد الحميد أحمد: الزمن وكبر السن والشيخوخة دراسة في علم اجتماع الشيخوخة، سلسلة كتب علم الاجتماع، الكتاب رقم (76)، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، 2011.

8. عبد اللطيف، رشاد أحمد: في بيتنا مسن مـدخل اجتمـاعي متكامـل، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، 2007.

9. عثمان، عبد الفتاح وآخرون: الخدمة الاجتماعية للمـسنين مـن المنظـور الشمولي المعاصر، مؤسسة نبيل، القاهرة، 1995.

10. علي، ماهر أبو المعاطي: مقدمة في الخدمـة الاجتماعيـة، مكتبـة النهـضة المصرية، القاهرة، 2002.

11. غانم، محمد حسن: مشكلات كبار السن التشخيص والعلاج رؤية نفسية دينية، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2004.

12. فهمي، محمـد سـيد: رعايـة المـسنين، دار الوفـاء لـدنيا الطباعـة والنـشر والتوزيع، الإسكندرية، 2007.

13. مرسي، كمال إبراهيم: كبار السن ورعايتهم في الإسلام وعلم النفس،

14. يوسف، جمعة سيد، مبروك، عزة عبد الكريم: الصحة الجسمية والنفـسية للمسنين، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة،

15. Marshall, Mary & Dixon, Mary: social work with older people, third Ed Macmillan press, London, 1996.

الفصل الثاني

رعاية المسنين عالمياً المؤسسات و مظاهر الرعاية

مقدمة

أولا: مفهوم الرعاية الاجتماعية

ثانيا: خصائص الرعاية الاجتماعية للمسنين

ثالثا: وظائف الرعاية الاجتماعية

رابعا: أهداف الرعاية الاجتماعية

خامسا: مظاهر رعاية المسنين عالميا

سادسا: مظاهر رعاية المسنين في الدول العربية

مراجع الفصل الثاني

الفصل الثاني(*)

رعاية المسنين عالمياً المؤسسات و مظاهر الرعاية

مقدمة

يعد موضوع الرعاية الاجتماعية للمسنين من قضايا الساعة التي تحظى بالاهتمام البالغ من جميع الدول على مستوى العالم من أجل الارتقاء بمستوى الخدمات والبرامج التي تقدم لفئة المسنين بما يتناسب مع احتياجاتهم الحالية والمستقبلية في ظل التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي تطرأ على المجتمعات، وذلك لتحقيق التقدم والتطور لمختلف المجتمعات من خلال الاستفادة من هذه الفئة واستثمار خبراتها. وبالتالي سوف نتناول في هذا الفصل مفهوم وخصائص الرعاية الاجتماعية للمسنين وأهدافها ومظاهر رعاية المسنين على المستوى العالمي والعربي.

أولا: مفهوم الرعاية الاجتماعية

يعتبر مفهوم الرعاية الاجتماعية social welfare مفهوما قديما وحديثا في نفس الوقت حيث عرف الإنسان الرعاية الاجتماعية منذ أن عرف الاستقلال والتجمع ومنذ نشأة الحضارات القديمة، ويرتبط ذلك بظهور التفكير الاجتماعي الذي وضح في الفكر المصري القديم، وكذلك الفكر الصيني والهندي والعراقي وذلك قبل أن يظهر التفكير الاجتماعي عند فلاسفة اليونان القدامى، ثم جاءت

(*) قام بإعداد هذا الفصل د/ أمل جابر.

الأديان السماوية (اليهودية – المسيحية – الإسلامية) ووضعت مبادئ واضحة وراسخة وعادلة للرعاية الاجتماعية منها على سبيل المثال مبدأ التكافل الاجتماعي.

وعلى الرغم من وجود المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والصحية من قديم الأزل إلا أنه مع حدوث التغيرات الاجتماعية والاقتصادية السريعة في العصر الحديث أدى زيادة تعقد هذه المشكلات وعجز النظم الاجتماعية السائدة كالأسرة والعائلة والجيرة والعشيرة مواجهة هذه المشكلات بمفردها وبشكل علمي ومخطط، ومن هنا بدأت الدول تقوم بتطوير وتعديل طرق الرعاية الاجتماعية وفقا للتطورات والتغيرات التي تحدث في المجتمعات من اجل إشباع الاحتياجات المتنوعة للفئات المختلفة في المجتمع (أطفال – شباب – مسنون – مرأه – ذوي احتياجات خاصة –...الخ).

لذا فإننا نجد في مفاهيم الرعاية الاجتماعية منها من ركز على البرامج والخدمات التي تقدم للعملاء ومنها من ركز على الجهات التي تقدم هذه الخدمات ومنها من ركز على توضيح الفئة التي تقدم لها الرعاية والمسؤولين عن تقديم الخدمات في تعريفه ومنها من ركز على العائد من هذه الرعاية وفيما يلي سرد يوضح التعريفات المختلفة للرعاية الاجتماعية.

تُعرف الرعاية الاجتماعية بأنها: "تلك الخدمات العامة التي تقدمها الدولة بالإضافة إلى الخدمات الاجتماعية الأهلية التي يوفرها أفراد المجتمع لأنفسهم، والخدمات الاجتماعية الأهلية تنشأ بدافع من المجتمع نفسه أو بعض أفراده بغرض خدمة أفراد المجتمع أو جماعاته أو المجتمع كله، وقد تنشأ هذه الخدمات

بمساهمة ومساعدة الدولة أو تنشأ نتيجة لمساهمة الأفراد وتعاونهم دون مساعدة مادية من الدولة (سرحان، نظيمه احمد محمود، 2006، ص 18).

ويعرفها آخرون بأنها "البرامج والهيئات والمؤسسات الاجتماعية ذات التنظيم الرسمي والتي تعمل على إيجاد أو تنمية أو تطوير الظروف الاقتصادية والصحية والكفاءات الخاصة لكل السكان أو جزء منهم في المجتمع.

عرف مجلس العموم للرعاية الصحية بلندن الرعاية الاجتماعية للكبار على أنها عبارة عن " الرعاية والدعم والخدمات الاجتماعية التي تقدمها السلطات الحكومية والأهلية عملا بمسئولياتهم تجاه الكبار الذين في حاجة إضافية إلى الدعم والمساندة. (House of Commons Health Committee p8, 2012).

كما عرفها عائض بن سعد الشهراني على أنها" تنظيم اجتماعي يهدف إلى مساعدة أفراد المجتمع ومد يد العون لهم عبر قنوات اجتماعية منظمة، تؤمن العدالة و التكافل الاجتماعي لأفراد المجتمع. (الشهراني، عائض بن سعد: 2013، 20)

ولقد عرفت الجمعية القومية للأخصائيين الاجتماعيين بأمريكا الرعاية الاجتماعية على أنها "الأنشطة المنظمة للمؤسسات الأهلية كانت أو حكومية والتي تسعى إلى منح الحاجة والمساهمة في حل المشكلات الاجتماعية وتحسين الأحوال الاجتماعية للأفراد والجماعات والمجتمعات وهذه الأنشطة تتضمن جهود مختلف المهنيين كالأطباء والممرضين والقانونيين والمعلمين والمهندسين والاخصائيين الاجتماعيين". (فهمي، محمد سيد، 2002، 28:27)

وفي ضوء التعريفات السابقة للرعاية الاجتماعية يمكننا أن نعرف الرعاية الاجتماعية للمسنين بأنها عبارة عن الجهود التي تبذلها الدولة من خلال تقديم كافة البرامج والخدمات الصحية، والاجتماعية، والاقتصادية، والنفسية، من خلال المؤسسات الحكومية والأهلية لمساعدة المسنين على إشباع احتياجاتهم الأساسية ومواجهة مشكلاتهم وتحقيق التكيف والتوافق مع أنفسهم ومع المجتمع في هذه المرحلة العمرية.

ثانيا: خصائص الرعاية الاجتماعية للمسنين

في ضوء التعريفات السابقة يمكن أن نوضح خصائص الرعاية الاجتماعية فيما يلي: (أبو النصر، مدحت محمد: 2009، 30:31):

1. الرعاية الاجتماعية أصبحت مسئولية الجميع: الفرد والأسرة والجيرة والأقارب والجمعيات الأهلية والمؤسسات الحكومية والمنظمات الدولية.
2. تهتم الرعاية الاجتماعية بشكل مباشر بالحاجات الإنسانية مثل (المأكل، الملبس، والأمان).
3. تستبعد الرعاية الاجتماعية دوافع الربح من خدماتها، حتى لو كان هناك مقابل أو رسوم للحصول على تلك الخدمة، فهي رسوم رمزية توضع بحيث تكون في متناول من يحتاج إليها.
4. تقدم برامج الرعاية لمن يحتاج إليها دون أي تميز بين أفراد وجماعات المجتمع لأي سبب كان مثل (اللون، الجنس، الأصول العرقية، المكان، الدين، الطبقة، الانتماء السياسي) فالرعاية الاجتماعية يجب أن تراعي المساواة والعدالة الاجتماعية.

5. يجب ان تراعي برامج الرعاية الاجتماعية موارد وواقع وثقافة المجتمع والدين الذي يعتنقه، حتى لا تصبح هذه البرامج غير واقعية أو غريبة عن هذا المجتمع فلا يتحقق لها النجاح.
6. الرعاية الاجتماعية أصبحت إحدى الحقوق الإنسانية ولم تعد منحة أو هبة، أو صدقة أو وصمة عار.

ثالثا: وظائف الرعاية الاجتماعية (فهمي، محمد سيد، 2008، 30)

1. إنتاج خدمات تقابل حاجات متجددة ومتنوعة.
2. نقل القيم التي تقوم عليها أسس الرعاية من جيل إلى جيل.
3. الضبط الاجتماعي.
4. التكافل الاجتماعي.
5. تحسين الأداء في العمل الاجتماعي.
6. تأصيل القيم والأسس والمبادئ الأخلاقية التي يلتزم بها العاملون المهنيون في مجالات ومؤسسات الرعاية الاجتماعية.

رابعا: أهداف الرعاية الاجتماعية (الشهراني، عائض بن سعد: 2013، 54)

1. اهداف علاجية

وتتمثل في الجهود والبرامج التي تستهدف مواجهة مشكلات سوء التكيف الاجتماعي (كالبطالة والانحراف وغيرها) وذلك من خلال التعرف على الطرق المؤدية لها والعمل على تلافيها أو الحد من تطورها بالصورة التي تخل بتوازن المجتمع، وكذلك من خلال تهيئة الأجواء للفئات التي تعاني من تلك المشكلات

وذلك لمساعدتها على الخراط في الحياة بعد التغلب على مشكلاتها من خلال استثمار قدراتها وإمكانيتها وأفكارها بما يفيد هذه الفئات ومجتمعاتهم.

2. أهداف وقائية

وتتمثل في الجهود والبرامج التي تستهدف الحماية من كافة الأمراض الاجتماعية أو التقليل منها بقدر المستطاع مثل (جهود حماية النشء، وحماية الأسرة والطفولة من خلال البرامج الوقائية كالتعليم والترفيه والإعلام والصحة الوقائية.... الخ).

3. أهداف تنموية

وتتمثل في الأنشطة التربوية والتدريب والتوعية وتنمية القدرات للأفراد والجماعات ليكونوا أكثر فاعلية في تنمية أنفسهم ومجتمعاتهم، كما أن من شأن هذه الجهود أن تقود إلى التكيف مع المتغيرات التي يمكن أن تحدث بما فيها المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي قد ترفع من درجة وعي و مستوى أفراد المجتمع وصولا إلى أهداف التغيير.

ومن أهداف الرعاية الاجتماعية للمسنين:

1. توفير البرامج والأنشطة المختلفة التي تساعد على شغل أوقات الفراغ لدى المسن بصوره ايجابية.
2. توفير فرص الرعاية الصحية للمسن سواء أكان في صورة تقديم أدوية أو علاج طبيعي أو طبي.
3. توفير فرص التأهيل النفسي والاجتماعي للمسن خاصة بعد التقاعد من العمل.

4. تسهيل الإجراءات لحصول المسنين على خدمات الرعاية الصحية.
5. تشجيع البحوث والدراسات العلمية في مجال رعاية المسنين حتى تتم مواجهة مشكلات المسنين وفقا لاستراتيجيات علمية.
6. توفير الخدمات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة التي تساعد على استقرار حياة المسن.
7. إنشاء المؤسسات الاجتماعية الخاصة بالمسنين لتوفير كافة خدمات الرعاية الاجتماعية التي لا تستطيع أسر المسنين توفرها لهم.
8. توعية الأسر بكيفية التعامل مع المسنين من خلال وسائل التوعية المختلفة.

خامسا: مظاهر رعاية المسنين عالميا

حظي المسنون عالميا بالاهتمام من كافة الدول وتعددت مظاهر الرعاية ومن أهم تلك المظاهر:

1. بدأت جهود رعاية المسنين في المجتمعات الصناعية بما شرعته انجلترا عام 1908م بالاهتمام بالمسنين عندما أصدرت قانونا صرفت بمقتضاه معاشات شهرية لمن تعدوا السبعين بشرط إلا يكون المسن يحصل على مساعدات مالية من جهات أخرى. وقد عدل هذا القانون 1925 ليشمل فئات المسنات (خاطر، أحمد مصطفى: 2009، 411).
2. قوانين الضمان الاجتماعي في أمريكا عام 1935م وقوانين (بيفردج) في بريطانيا عام 1945م وفرنسا عام 1950م وألمانيا عام 1958م والتي اعتبرت حالات الكبر مع العجز مع العجز البدني فئات لابد أن يتوفر لها معاش

مناسب سواء من خلال نظام التأمين الاجتماعي أو نظام الضمان الاجتماعي.

3. الاهتمام العالمي والمحلي بتحديد حقوق أساسية للمسنين متمثلة في إعلان حقوق المسنين عام 1981م بعد إعلان حقوق الإنسان عام 1948م، وإعلان الأمم المتحدة لرعاية المسنين 1998، إستراتيجية الأمم المتحدة للشيخوخة عام 2001م تشريعات الدول العربية لرعاية المسنين، حيث كفلت تلك المواثيق رعاية المسنين كمسئولية إنسانية عالمية تتضافر كافة الإمكانات العالم لترشيد خدمتها في إطار التعاون العالمي لحماية حقوق الإنسان في كل زمان ومكان وتحقيق المبدأ السلام العالمي (علي، ماهر أبو المعاطي:2011، 171: 172).

4. كما أن المسنين في الولايات المتحدة الأمريكية يحظون باهتمام كبير من جانب وسائل الإعلام المتمثلة في الصحافة اليومية وفي الراديو والتليفزيون و الكاتبات المختلفة وفي هذا الصدد فقد كرست مجلة "تايم" عام 1975 ومجلة نيوز ويك عام 1977 نشر مجموعة من الموضوعات الخاصة بالمسنين منها (كبر السن كيف نساعد والدينا- ثورة المسنين حرب على التقاعد الإجباري) ومجلة نيوز كتبت موضوعاً عن (المسنين أو الشعر الرمادي في أمريكا) كما قامت الشبكات التليفزيونية بعمل برامج عن مشكلات المسنين كما كان هناك اهتمام كبير من جانب الكتاب بالمشكلات الاجتماعية والصحية والاقتصادية للمسنين (بدر، يحي مرسى عيد: 2007، 267،268).

الاهتمام العالمي بعقد المؤتمرات العالمية التي تهتم بتدارس قضايا كبار السن، متمثلة في مؤتمرات البيت الأبيض الأول عام 1960 م والذي اهتم بإصدار

قانون المسنين عام 1965 م والمؤتمر الثاني عام 1971 م والمؤتمر الثالث 1981 م والذي ركز على مناقشة موضوعات معاشات المسنين، الخدمات الصحية، إزالة المعوقات أمام مشاركة المسنين في الحياة المجتمعية، ثم عقد المؤتمر العالمي للشيخوخة في "فينا" عام 1982 م تحت رعاية هيئة الأمم المتحدة كامتداد للمؤتمر الأول "بيلجيكا" عام 1950 والذي على أثرة أسست الجمعية الدولية للشيخوخة: (علي، ماهر أبو المعاطي: 2011، ص172).

5. الاهتمام بدراسات وبحوث المسنين وتمثل ذلك في أولى المحاولات عام 1938 م بتكوين "نادي بحوث الشيخوخة" بإشراف مؤسسة "جوزيا ماس" على أكتاف مجموعة من العلماء المهتمين بالأمور البيولوجية والطبية، وصدر كتاب مشكلات الشيخوخة "لكاودي" والذي بمثابة أول مرجع علمي للتعرف بالنواحي البيولوجية والطبية لشيخوخة الإنسان وليوجه مسائل الشيخوخة والتفكير العلمي المنظم والدراسات العلمية لظاهرة الشيخوخة كما صدرت أول دورية عن الشيخوخة في اوربا عام 1956م، وأول عدد من مجلة الشيخوخة التي تصدرها الجمعية الأمريكية للشيخوخة عام 1945 م.

6. الاهتمام بتأسيس الجمعيات والمنظمات الخاصة برعاية المسنين ومن أمثلتها "الجمعية الدولية للشيخوخة" في الولايات المتحدة الأمريكية كأول جمعية علمية لبحوث الشيخوخة عام 1950 م، منظمة "مساعدة الكبار الدولية" التي تستهدف تدبير مشروعات لمساعدة المسنين في الدول النامية حيث أن لها 57 فرعا على مستوى العالم اغلبها في البلاد الأقل نموا في إفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية.

7. إنشاء الاتحاد الدولي لجماعات المسنين "باريس" والذي يتضمن إنشاء "1700" جامعة لكبار السن على نطاق العالم وهذه الجامعات تختلف أساليب إدارتها وهياكلها من جامعة إلى أخرى، كما أنشئت الهيئة العالمية لتدريب المسنين التابعة للأمم المتحدة عام 1988م لتدريب العاملين في مجال رعاية المسنين من خلال تنظيم برامج تدريبية كل ثلاث شهور لتدريب العاملين بهذا المجال.
8. الاهتمام بالدراسات المستقبلية لمواجه مشكلات المسنين متمثلا فيما قامت به منظمة الصحة العالمية (W.H.O) عام 1972 م بإصدار تقرير علمي يتنبأ بالخطر الداهم الذي يمكن أن يلحق باقتصاديات الدول المتقدمة والنامية على حد سواء نتيجة لإهمال المشروعات التنموية الخاصة برعاية المسنين مع الدعوة لإعداد برامج عالمية ودولية ومحلية فعاله للرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية.
9. كما تزايد الاهتمام العالمي بفئة المسنين في الآونة الأخيرة ومما يؤكد ذلك اعتبار عام 1999م عاماً دوليا للمسنين حيث يمثل الاهتمام بهذه الفئة مؤشرا من مؤشرات تقدم الأمم، كما أن هذه الفئة لها تأثيرها على التركيب السكاني لأي مجتمع من المجتمعات، خاصة مع تطور أساليب الرعاية الصحية والزيادة في متوسط الأعمار في مختلف دول العالم بدرجات مختلفة (الفقي، مصطفى محمد أحمد: 2008، 8).

وقد تضمن برنامج الاحتفال بالسنة الدولية لكبار السن أربعة أبعاد وهي: (علي، ماهر أبو المعاطي: 2011، ص174).

أ. حالة كبار السن: وفيها تقوم الأمم المتحدة بترويج مبادئ الأمم المتحدة لكبار السن بالنظر إلى الشيخوخة نظره ايجابية.

ب. تنمية الفرد مدى الحياة: وذلك بالاهتمام بالإعداد المستمر للمسنين مدى الحياة في كافة الجوانب التي يحتاجون إليها.

ج. العلاقات بين الأجيال: على اعتبار أن الحفاظ على كبار السن والعناية بهم شرط من شروط المجتمع المتقدم.

د. التنمية والشيخوخة: عن طريق السعي للوصول إلى تنمية أصلية برصد تغيرات الهيكل السكاني والاتجاهات الديمقراطية.

10. إعلان توصيات التقرير النهائي لمؤتمر "هامبورج" بشأن تعليم الكبار الصادر عن المؤتمر الدولي الخامس لتعليم الكبار في "هامبورج" ألمانيا عام 1977، والذي نص على تهيئة بيئة تعليمية داعمة لجميع أشكال التعليم للأشخاص المسنين وذلك عن طريق القيام بما يلي:

أ. ضمان انتفاع الأشخاص المسنين بجميع المرافق والموارد التي تساند لتعليم الكبار وتدريبهم وتيسير مشاركاتهم النشطة في حياه المجتمع.

ب. اغتنام فرصة عام الأمم المتحدة للمسنين عام 1999 لتخطيط أنشطة توضح كيف يدعم تعليم الكبار في دور المسنين لبناء المجتمعات.

11. الاهتمام بالنظر إلى المسنين كمورد مجتمعي يحسن الاستفادة منه حيث صدر إعلان الأمم المتحدة بشأن رعاية المسنين عام 1998 م والذي أكد على ضرورة مشاركة المسنين وإتاحة الفرصة للقادرين منهم والذين يملكون الإرادة لكي يشاركوا في أنشطة تنمية مجتمعاتهم بما لديهم من خبرات ومهارات وتجارب يمكن الاستفادة منها لتحقيق التنمية.

12. اهتمام الأمم المتحدة بإنشاء عدة صناديق لتقديم الخدمات للمسنين على المستوى العالمي منها:

أ. الصندوق الإنمائي للشيخوخة.

ب. صندوق الأمم المتحدة للسكان.

ج. صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة.

د. منظمة الصحة العالمية.

13. اعتماد الجمعية العامة للأمم المتحدة إستراتيجية علمية للعقد (1992-2001م) بعنوان "الأهداف العالمية في مجال الشيخوخة" لعام 2001 م والتي اشتملت على ثمانية أهداف لدعم الإجراءات الإقليمية والوطنية في مجال الشيخوخة.

أ. تقديم الدعم إلى البلدان في وضع الأهداف الوطنية بشأن الشيخوخة.

ب. توفير الدعم لإدماج المسنين في الخطط والبرامج الإنمائية والوطنية والدولية.

ج. توفير الدعم للبرامج المجتمعية لرعاية ومشاركة كبار السن.

د. تحسين البحوث الشاملة لعده بلدان بشأن الشيخوخة بما في ذلك الموائمة بين المصطلحات والمنهجيات.

ه. إدراج نبذة عن الشيخوخة في الأحداث والاجتماعات الدولية ذات الصلة.

و. إنشاء شبكة عالمية للمتطوعين من كبار السن من أجل التنمية الشاملة.

ز. تيسير زيادة توثيق التعاون بين المنظمات الحكومية والدولية المعنية بالشيخوخة.

ح. تيسير زيادة توثيق التعاون بين المنظمات غير الحكومية المعنية بالشيخوخة.

سادسا: مظاهر رعاية المسنين في الدول العربية

تقوم الدول العربية بتقديم العديد من صور الرعاية الاجتماعية لكبار السن لضمان حقوقهم الاجتماعية والاقتصادية والمادية والصحية وفي ضوء ذلك قامت العديد من الدول العربية بإصدار التشريعات والقوانين الإجرائية التي تضمن حصول كافة المواطنين في حالات العجز والشيخوخة على حقوقهم المختلفة، وذلك مثل قانون الضمان الاجتماعي وقانون التقاعد الذي يضمن لجميع، المسنين معاشات التقاعد، وهناك أيضا القوانين الخاصة بالأفراد غير القادرين على العمل بسبب العجز أو الشيخوخة أو المرض وتوفير رواتب بصورة شهرية لهم.

كما توجد في الدول العربية العديد من المؤسسات الخدمية التي تقوم بتقديم رعاية اجتماعية متكاملة (اجتماعية – صحية – اقتصادية – ترفهية) بصورة دائمة للمسن، وتسمى بدور الرعاية الاجتماعية للمسنين كما أن هناك بعض المؤسسات التي تقوم بتقديم خدمات صحية فقط وأخرى تقدم خدمات اجتماعية وترفيهية مثل نوادي المسنين وكذلك بعض الجمعيات الأهلية والدولية التي تقدم خدمات متنوعة للمسنين وغيرها من المؤسسات الأخرى التي تقدم صورا مختلفة لرعاية للمسنين.

المسنين وسوف نوضح ذلك من خلال عرض مظاهر رعاية المسنين ببعض الدول العربية على النحو التالي:

رعاية المسنين في مصر

بدأت رعاية كبار السن في مصر منذ عهد الفراعنة – حيث كانت تقدم المساعدات والرعاية للمحتاجين بصفة عامة بينما كبار السن بصفه خاصة، ثم جاءت الأديان السماوية التي حثت تعاليمها على توقير واحترام المسن ورعايته واستمرت هذه الرعاية دون حاجه لتدخلات انظمه حكومية أو أهلية.

ولكن مع التغيرات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية السريعة التي حدثت داخل المجتمع المصري وسائر المجتمعات العربية أدت إلى حدوث تغيرات في الأسرة الممتدة وتحولت إلى الأسرة النووية وتقلص دور الأسرة في رعاية كبارها وأصبحت لا تستطيع لوحدها رعاية كبار السن فيها كما كان في الماضي ومن هنا بدأ يظهر دور الدولة في رعاية المسنين لكي تساعد الأسرة وتساندها في دورها في رعاية المسنين.

فقامت الدولة بإنشاء وزارة الشئون الاجتماعية وهي الممثلة للقطاع الحكومي في مجال رعاية المسنين عام 1939 وقد أنشأت بعض الهيئات الاجتماعية المصرية والأجنبية قبل قيام الوزارة عددا من المؤسسات الاجتماعية لإيواء ورعاية المسنين، ولازال الكثير منها قائما حتى الآن.

وبعد إنشاء وزارة الشئون الاجتماعية توالى إنشاء العديد من دور المسنين والعجزة ممن يعانون الفقر والحاجة والحرمان وممن ينطبق عليهم قانون التسول، ولكن منذ أن بدأت الوزارة في وضع خططها وبرامجها الاجتماعية على أسس علمية سليمة عام 1955 قامت بوضع الدراسات الاجتماعية التي بنت عليها خطة التنمية الاجتماعية والاقتصادية الأولى عام 1960 –1965 وقد تضمنت لأول مرة إنشاء مؤسستين للمسنين إحداهما في القاهرة وهي دار الصفا

والأخرى في الإسكندرية وهي دار المسنين التابعة لجمعية الهدايا الإسلامية، وكانت هذه المؤسسات تقوم بتوفير الرعاية الإيوائية للمسنين الذين هم في حاجة إلى الإقامة بعيدا عن أسرهم الأصلية لأنهم في حاجة إلى هذه الرعاية.

كما اهتمت الدولة باتباع الأسلوب العلمي في تقديم خدمات الرعاية الاجتماعية للفئات المختلفة ومنها فئة المسنين فقامت بعقد اتفاقية بين وزارة الشئون الاجتماعية المصرية ووزارة الرعاية الاجتماعية والتعليم والصحة الأمريكية للقيام بعدد من البحوث المشتركة في مجالات خدمات الرعاية والتأهيل الاجتماعي، وتم اختيار دار الصفا لتكون موقعا للبحوث والدراسات المطلوبة بالنسبة للمسنين، ويجرى حاليا التوسع في هذه التجارب والبحوث من خلال إمداد خدمات الرعاية الترويحية والصحية إلى فئات أخرى لا تقيم في المؤسسات، وإنما تمتد للمجتمع بأسره ولفئات من المسنين الذين يعيشون عيشة عادية في البيئات التي اعتادوا الحياة فيها.

كما تجدر الإشارة إلى التجربة التي تسعى وزارة التأمينات الاجتماعية السير فيها وتحقيق الفاعلية من ورائها في جهود مشتركة بينها وبين وزارة الشئون الاجتماعية بعد أن تولى شئونهما وزير واحد، وتقوم هذه التجربة على توفير الرعاية الإيوائية لأصحاب المعاشات والتأمينات الاجتماعية من العاملين السابقين في المجتمع سواء في الحكومة والقطاع العام والخاص بعد التقاعد وبعد أن يجد صاحب المعاش أن المال الذي هو من نظم المعاشات والتأمينات الاجتماعية له ليس هو كل شيء يمكن الاعتماد عليه، وإنما لابد من رعاية وخدمات وإقامة يجب أو يمكن أن توفرها الدولة أو تنظمها له ولشريك حياته

إذا ما واجه ظروفا صحية أو معيشية أو تعرض لحالة اجتماعية تدعو لأن تتولى الدولة عنه توفير هذه الرعاية والخدمات اللازمة له.

وبعد ذلك العرض يمكن أن نستعرض مظاهر الرعاية الاجتماعية التي تقدمها جمهورية مصر العربية للمسنين وهي كالتالي:

1. تقديم خدمات مباشرة للمسنين تتمثل في خدمات الرعاية المؤسسية التي تقدمها الوزارة من خلال مؤسساتها المنتشرة على مستوى الجمهورية ويبلغ عددها 166 دار إقامة لكبار السن ترعاهم رعاية متكاملة على مدار 24 ساعة وتنقسم هذه الدور إلى قسمين:

أ. القسم الأول: يكون للمسنين القادرين على خدمة أنفسهم.

ب. القسم الثاني: للمسنين غير القادرين على خدمة أنفسهم وهي رعاية شبه سريرية.

2. تقديم خدمات غير مباشرة وتتمثل في:

أ. الأندية النهارية لرعاية كبار السن وهي منتشرة في جميع محافظات الجمهورية وتقوم بتقديم العديد من البرامج لشغل أوقات الفراغ لدى المسنين وكذلك الاستفادة من خبراتهم فيما يخدم المجتمع.

ب. توفير وحدات العلاج الطبيعي وهذه الوحدات أنشئت على غرار الوحدات التي أقامتها وزارة الصحة وصدر لها تشريع القرار الإداري رقم 40 لسنة 1997 ويستخدم هذا القرار كمظلة لهذه المؤسسات وهذا النظام لا يقام بصورة منفردة فهو نشاط يكون موجودا إما في دار إقامة للمسنين أو في نادي رعاية نهاري ويبلغ عدد هذه الوحدات 52 وحدة علاج طبيعي على مستوى الجمهورية وتقدم الخدمة فيها بأجر رمزي.

ج. مكاتب خدمة المسنين ويبلغ عددها 50 مكتبا ومضمون عمل هذه المكاتب هو تقديم الخدمة للمسنين وهم متواجدون داخل منازلهم لعدم وجود من يرعاهم داخل المنازل.

د. خدمة جليس المسن وهي إحدى برامج رعاية المسنين طبقتها وزارة الشئون الاجتماعية بالتعاون مع بعض الجمعيات الأهلية وفيها يتم تدريب الشباب من الجنسين على رعاية كبار السن داخل منازلهم على أن تكون الرعاية شاملة في كافة الجوانب ويلحق الشاب أو الفتاة بعد ذلك بالعمل مع المسنين والوزارة تقوم بالاستعانة بمجموعة من الجمعيات التي لها خبرة في مجال التدريب وكذلك تقوم هذه الجمعيات بالتنسيق ما بين المسن والجمعية والجليس وتأخذ كافة الضمانات الكافية على المسن والجليس لتجنب حدوث أي مشاكل وتم تدريب 3000 شاب وفتاة على مستوى القاهرة.

ه. مشروع الكارت الذهبي ويتم فيه حصول المسن على العديد من الخدمات وهذا المشروع من ثمار اللجنة العليا لرعاية المسنين و يرأس هذه اللجنة وزير الشئون الاجتماعية وعضويتها من جميع الوزارات الخدمية.

3. صرف معاشات للعاملين من المسنين بالحكومة والقطاع العام أو الخاص ممن يسري عليهم قانون التأمينات الاجتماعية.

4. صرف معاشات أو مساعدات ضمانيه عن طريق وزارة الشئون الاجتماعية للمسنين المعدمين الذين يسري عليهم قانون الضمان الاجتماعي.

5. تقوم وزارة الضمان الاجتماعي بالرعاية الاقتصادية والرعاية المهنية والتأهيلية والرعاية الإنتاجية للمسنين.
6. الرعاية التأهيلية وفيها يمنح المسنون المعاقون أجهزة تعويضية تعينهم على الحركة.

رعاية المسنين في فلسطين

إن الرعاية الاجتماعية في فلسطين لا يمكن عزلها عن التغيرات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية السريعة التي حدثت في المجتمع الفلسطيني، حيث إن المجتمع الفلسطيني مثل سائر المجتمعات العربية كان مجتمعا عشائريا ومتمسكا بعاداته وتقاليده وكانت الأسرة في البداية هي المسئول الأول والأخير عن رعاية كبار السن، وكبار السن في الأسرة يمثلون الخبرة والقدوة وأصحاب القرار داخل الأسرة لذلك كان المسن يحتل مكانة اجتماعية كبيرة في الأسرة الممتدة، ولكن مع التغيرات الاجتماعية التي حدثت للأسرة تحولت الأسرة من الأسرة الممتدة أو العائلية إلى الأسرة النووية، وبدأ التحول وصاحبه قلة الروابط الاجتماعية ومعها بدأت تتضاءل مكانة المسن وبدأ كبار السن يفقدون منزلتهم الاجتماعية داخل الأسرة، وبدأ الشخص المسن يشعر انه عبء على الأسرة.

ومع تزايد عدد المسنين وسرعة التغيرات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي تحدث في المجتمعات اتجهت الدولة إلى التفكير في رعاية المسنين ومساعدتهم على إشباع حاجاتهم المختلفة الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية ضمن سياسات الدولة بصورة هادفة، كتقدير لمكانتهم وإنجازاتهم وكذلك الاستفادة من خبراتهم وتمكنهم من الاستمرار والانخراط في المجتمع.

لذا تمثلت مظاهر الرعاية الاجتماعية للمسنين في فلسطين في بعض الجهات التي تقوم بتقديم الرعاية الاجتماعية لها وهذه الجهات هي:

1. الأسرة الفلسطينية.
2. وزارة الشئون الاجتماعية.
3. الجمعيات والمؤسسات الأهلية والدولية.

1. الأسرة الفلسطينية

تقوم الأسرة الفلسطينية حتى الآن بالدور الأكبر والهام في عملية الرعاية الاجتماعية لكبار السن، فتقوم بتقديم العديد من الخدمات للمسنين في هذه المرحلة، من نظافة ومأكل وملبس، وأماكن النوم وتهتم بصحتهم وتحميهم من الاضطهاد أو الاعتداء عليهم، وتعمل جاهدة من أجل توفير الراحة النفسية والجسدية لهم.

وغالبا ما يساعد الأسرة على رعاية المسن الأقارب والجيران والأصدقاء، وكذلك تقوم الأسرة بهذه الرعاية دون أي كلل أو ملل بل تعتبر هذه الرعاية واجبا عليها تجاه الكبار، إلا في بعض الحالات المحدودة التي يكون المسن فيها غير متوافق مع أفراد الأسرة أو يكون مريضا ويحتاج إلى رعاية خاصة.

أثبتت الإحصائيات أن معظم المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزه يعيشون في بيوتهم الخاصة وان نسبة 99.5% يسكنون مع أسرهم ويتلقون الرعاية الأساسية من أزواجهم، أو أولادهم أو أحفادهم أو أقاربهم.

2. وزارة الشئون الاجتماعية

وضعت وزارة الشئون الاجتماعية بفلسطين برامج عدة لخدمات المسنين ومن أهم هذه الخدمات التي تقدمها الوزارة هي:

أ. الاستماع لمشكلاتهم واحتياجاتهم ومنحهم الاهتمام الكافي والمتميز.

ب. تقديم المساعدات النقدية والتأمين الصحي للمسنين الذين ليس لهم مصادر دخل، بهدف تلبية الاحتياجات الأساسية والضرورية لهم، والمساهمة في رفع المستوى الصحي لهم.

ج. تقديم خدمات تأهلية طبية لمستحقي هذه الخدمات مثل (نظارة طبية، أسنان، عكازات، أطراف صناعية، كراسي متحركة).

د. تقديم خدمات تأهلية على مستوى السكن غير الصالح للمسنين، والذي قد يشكل خطورة على المسن.

ه. تقديم خدمات خاصة حسب الحاجة مثل (الملابس، المدافئ، المساهمة في دفع أجرة البيت وغير ذلك).

و. تقوم بتوفير جو من المرح والترفيه من خلال البرامج الترفيهية التي تقدمها للمسنين في الاحتفالات والمناسبات الخاصة بهم مثل (الاحتفال باليوم العالمي للمسنين).

ز. كما يقع على كاهل الوزارة عبء محاربة الفقر والمرض ومواجهة مشكلات العجز عند الكبار في المجتمع.

3. الجمعيات والمؤسسات الخيرية الأهلية والدولية في فلسطين

تلعب الجمعيات الأهلية والدولية دوراً بارزاً في رعاية المسنين، حيث تقوم هذه الجمعيات بتقديم العديد من الخدمات التي يحتاج إليها المسن من مأكل وملبس ومأوى، وكذلك العديد من الخدمات التي تمثل الرعاية المتكاملة من رعاية صحية ونفسية واجتماعية واقتصادية وهذا النوع من الخدمات المتكاملة عدا ما يتم من خلال بيوت المسنين التي قامت هذه الجمعيات بإنشائها لهذا الغرض وهناك العديد من بيوت المسنين الموجودة في فلسطين والتي أنشأتها هذه الجمعيات وذلك في محافظة جنين في شمال الضفة الغربية ومحافظة غزة في القطاع مرورا بالقدس في قلب فلسطين، ويبلغ عدد هذه البيوت 18 بيتا، أقيمت ما بين سنه 1940 وحتى الآن، منها 12 بيتا أقامتها جمعيات خيرية محلية، 5 بيوت أقامتها جمعيات مسيحيه دولية، وبيت واحد بإشراف حكومي.

مظاهر رعاية المسنين بالمملكة العربية السعودية

إن المملكة العربية السعودية تولي اهتماما كبيراً للمسنين ورعايتهم وهذا الاهتمام نابع من الشريعة الإسلامية السمحة المستمدة من القرآن والسنة النبوية التي توجه وتعطي الأوامر والنواهي وعلى الجميع اتباعها ومن هنا توجهت المملكة إلى رعاية المسنين وتكريمهم في الكبر لأنهم بحاجة إلى من يكرمهم ويأخذ بأيديهم في ضعفهم وقد صح عن النبي ﷺ انه قال إن من إجلال الله إكرام ذي الشيبة المسلم 'أخرجه البخاري كما اخرج الترمذي عن انس ﷺ قال: جاء شيخ يريد النبي ﷺ فأبطأ القوم عنه أن يوسعوا له فقال النبي ﷺ 'ليس منا من لم يرحم صغيرنا ويوقر كبيرنا' فمن هذا المنطلق إلى جانب التطورات المجتمعية التي حدثت في الأسرة العربية ومع زيادة أعداد المسنين في المملكة نتيجة التطور في الرعاية

الصحية أدى إلى وجود اهتمام كبير من جانب المملكة برعاية المسنين وأصبحت هناك العديد من صور ومظاهر الرعاية الاقتصادية والاجتماعية والإيوائية والصحية التي تقدمها المملكة للمسنين وسوف نقوم باستعراض هذه المظاهر فيما يلي:

1. تقوم المملكة بتطبيق قانون التقاعد في رعاية المسنين باعتباره نظام تأمين اقتصادي لمن بلغ سن الستين من العمر أو عجز عن العمل، لذا فهو ليس نظام للتوفير وهذا يعني أن الدولة ملزمة بضمان دخل للموظف الذي يترك وظيفته بسبب الكبر أو العجز، بغض النظر عن المبالغ التي استوفتها منه خلال عمله.
2. كما تقوم بتطبيق نظام التأمينات الاجتماعية باعتباره نظاما اجتماعيا تكافليا تتجسد فيه رعاية المملكة لفئة العاملين في قطاعاتها المختلفة لتوفير حياة كريمة لهم ولأسرهم بعد بلوغهم سنا يعجزون فيه عن العمل، كما يعد نظام التأمينات الاجتماعية مكملا لنظام التقاعد، فهذا النظام يغطي فئة العمال بمختلف أعمارهم، في حين أن نظام التقاعد يغطي المدنيين والعسكريين.
3. يطبق نظام التأمينات على جميع العمال بشكل إلزامي دون تمييز في الجنسية أو الجنس أو السن ومهما كانت مدة العقد بين العامل ورب العمل بشرط أن يكون أدى خدماته بصورة رئيسية داخل المملكة العربية السعودية.
4. تقوم الدولة من خلال الضمان الاجتماعي بدفع المبالغ الطائلة لتضمن للمسنين حياة حرة وكريمة وكذلك لتضمن استمرار التوجه الاجتماعي الإيجابي للمسنين وكبار السن أو من عجز عن العمل بسبب الشيخوخة، وتواصلا مع تسهيل الأمور على كبار السن وإيصال حقوقهم الضمانية

إليهم بكل تيسير صدر قرار مجلس الوزراء الذي ينص على قيام مكاتب الضمان الاجتماعي بصرف مستحقات كبار السن في منازلهم.

لذا فإن نظام الضمان الاجتماعي قد حقق لفئات كثيرة ومنهم المسنين في المجتمع ظروفا معيشية أفضل وخفف عنهم ما يعانونه من صعوبة العيش أو العمل من أجل إعانة أسرهم.

5. كما تقوم المملكة العربية السعودية بتقديم الرعاية الاجتماعية المفتوحة للمسنين وهذه الرعاية تتمثل في ممارسة بعض العمليات الاجتماعية لدمج المسنين في المجتمع الخارجي وعدم تركهم للعزلة التي قد يمارسها المسن بغير اختيار منه نتيجة للمتغيرات التي يمر بها في مرحلة الشيخوخة، ويعتبر هذا النوع من الرعاية من احدث أنماط الرعاية في المملكة العربية السعودية ويمثل مركز الأمير سلمان الاجتماعي بمدينة الرياض هذا النوع من الرعاية.

6. كما تقدم المملكة الرعاية الإيوائية الشاملة للمسنين من خلال إنشاء دور لتقديم الخدمات المتكاملة للمسن وتقوم هذه الدور باستقبال كبار السن – من الجنسين – الذين أعجزتهم الشيخوخة عن العمل أو الذين يعجزون عن القيام بشؤون أنفسهم أو المرضى الذين بلغوا 60 عاماً من المصابين بعجز بدني أو عقلي أفقدهم القدرة على العمل أو رعاية أنفسهم بشرط خلوهم من الأمراض المعدية أو الأمراض العقلية، ومن أهم شروط القبول بتلك الدور عدم وجود أقارب يمكن أن يعتنوا بتلك الفئات.

ولقدر روعيت بعض الشروط عند إعداد هذه الدور منها:

أ. أن تكون قريبة إلى حياة الأسرة الطبيعية.

ب. يتمتع فيها المسن وبنوع من الاستقلال ويشعر فيها بالراحة والأمن والسكينة.

ج. أن توفر له مداخل تلك الدور الإعاشة الكاملة والرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية وخدمات العلاج الطبيعي وبرامج العناية الشخصية.

د. كما تتيح للمسنين مزاولة بعض الأعمال اليدوية والأعمال الفنية بغرض شغل أوقات الفراغ.

ه. أن توفر للمقيمين من كبار السن داخل دور الرعاية البرامج الدينية والثقافية والترفيهية المناسبة.

7. كما تقوم هذه الدور بتقديم برامج الرعاية المنزلية للمسنين داخل أسرهم وهذا النوع من برامج الرعاية يهدف إلى تقديم الرعاية الطبية حسب الحاجة حيث يزور المسن فريق طبي من الوزارة بين فترة وأخرى حسب الجدول الذي يضعه الفريق وحسب حالة المسن، وهذا الفريق مكون من طبيب وممرض أو ممرضة وطبيب نفسي أو أخصائي نفسي وأخصائي اجتماعي وأخصائي علاج طبيعي، أما البرامج التي تقدم لهؤلاء خارج الدور فتتمثل في الزيارات والرحلات الأسبوعية والنزهات التي تتم بانتظام للقادرين منهم بغية ربطهم بالمجتمع الخارجي والقضاء على إحساسهم بالعزلة.

مظاهر رعاية المسنين في دولة الإمارات

في النصف الثاني من القرن العشرين بدأ الاهتمام برعاية المسنين في بعض الدول العربية ومن بينها الإمارات العربية، لذا يعتبر مجال رعاية المسنين من المجالات الحديثة في دولة الإمارات حيث أن المجتمع الإماراتي من خلال قيمة وعاداته وتقاليده المستمدة من الدين الإسلامي والتي تحث على ضرورة

رعاية الأبناء للوالدين في الكبر وتحمل مسئوليتهم رداً للجميل والعرفان لما فعلوه معهم في الصغر كما قال تعالى: ﴿ وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوٓاْ إِلَّآ إِيَّاهُ وَبِٱلْوَٰلِدَيْنِ إِحْسَٰنًا ۚ إِمَّا يَبْلُغَنَّ عِندَكَ ٱلْكِبَرَ أَحَدُهُمَآ أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُل لَّهُمَآ أُفٍّ وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُل لَّهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا ﴿٢٣﴾ وَٱخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ ٱلذُّلِّ مِنَ ٱلرَّحْمَةِ وَقُل رَّبِّ ٱرْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِى صَغِيرًا ﴾ [الإسراء: 23 – 24].

ولكن نظرا للتطورات والتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وانشغال الأبناء في تدبير أمور حياتهم مما أدى إلى زيادة المشكلات التي يتعرض لها كبار السن في الوقت الراهن مما أدى إلى قيام الدولة بالتدخل وقيام وزارة العمل والشئون الاجتماعية بالأمارات بالعديد من صور الرعاية الاجتماعية منها :

1. قيام الوزارة بإنشاء العديد من مؤسسات الرعاية اللازمة لفئة المسنين، ففي عام 1982 قامت الوزارة بافتتاح خمس دور لرعاية المسنين.
2. قامت الوزارة بتوفير جميع المستلزمات من تجهيزات وموظفين ومهنيين لهذه الدور.
3. تقوم هذه الدور بتقديم رعاية إقاميه و إيوائية كاملة للمسنين الذين لا أسر لهم، أو المحرومين من الرعاية الأسرية لأي سبب.
4. قيام الوزارة بتشجيع وتدعيم أقامه نوادٍ للمسنين حتى توفر لهم طرقا متنوعة لقضاء وقت الفراغ والترفيه وكذلك توفير التواصل الدائم بينهم وبين أصدقائهم.

5. كما قامت وزارة الصحة، بافتتاح عدد من مراكز التأهيل الطبي لتقديم الخدمات الطبية والتأهيلية للمسنين.

الرعاية الاجتماعية للمسنين في دولة الكويت

دولة الكويت كغيرها من الدول العربية أولت اهتماما كبيرا للمسنين كإحدى فئات المجتمع الذين يحتاجون للرعاية خاصة بعد التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي لاحقت الأسرة الكويتية وأثرت على عاداتها وتقاليدها والعلاقات الاجتماعية بها مما أدى إلى وجود تقصير من جانب الأسرة في تقديم الرعاية الاجتماعية المناسبة لكبار السن.

وفي المقابل قامت الدولة بالتوسع في تقديم الخدمات العامة كالصحة وأدى ذلك إلى التحسين في أساليب الوقاية والعلاج مما أدى إلى انخفاض في معدلات الوفيات في المجتمع الكويتي وبالتالي ارتفاع في متوسط العمر ما زاد من أعداد المسنين في المجتمع حيث تشير إحصائيات عام 1997 إلى أن متوسط العمر في المجتمع الكويتي قد بلغ 71 عاما للذكور و76 عاما للنساء. وهذا المعدل لمتوسط العمر المتوقع للمواطن الكويتي يزيد من عام لآخر مما يزيد معه أعداد المسنين وبالتالي أعباء وتبعات رعايتهم على المجتمع الكويتي حكومة وقطاعا أهليا، مما يتطلب معه جمع الجهود نحو مواجهة مثل هذه المشكلة قبل استفحالها وانعكاسها سلبياً على المجتمع عموماً وعلى المسنين بشكل خاص.

وفي ضوء ذلك قامت الدولة بتوفير العديد من مظاهر الرعاية للمسنين وهذه المظاهر تتمثل في الآتي:

1. قامت وزارة الأوقاف والشئون الإسلامية عام 1971 بإنشاء صندوق للمعونة الطبية ويختص بتقديم مساعدات للمواطنين من كبار السن غير

الكويتيين ممن تدعو الحاجة إلى علاجهم في الخارج، كما تقدم المساعدات لكثير من الأسر التي بها عدد كبير من المسنين، وذلك بالتنسيق بين وزارتي الأوقاف ووزارة الشئون الاجتماعية والعمل.

2. لجان صرف الزكاة وهي لجان شعبية تطوعية تقوم بجمع الزكاة من القادرين وتوزعها على الأسر المحتاجة أو التي بها عائل كبير في السن و يتمتع بقانون المساعدات العامة أو التأمينات الاجتماعية.

3. كما قامت الدولة بإنشاء أول دار للرعاية الاجتماعية للمسنين عام 1955 وهي تقوم بتقديم الخدمات الإيوائية لجميع المسنون الذين يتقدمون للدار وخاصة الذين ليس لهم اسر ترعاهم، وكذلك المسنون الذين لا تستطيع أسرهم تقديم الرعاية الصحية والاجتماعية المناسبة لهم، والمسنين الذين لا يستطيعون التكيف في العيش مع أسرهم، وهذه الدور تقوم بتقديم جميع صور الرعاية الاجتماعية والصحية والاقتصادية والترفيهية بصورة متكاملة للمسنين.

4. كما أن هناك بعض دور الرعاية التي تقوم بتقديم الرعاية النهارية للمسنين أثناء فترة انشغال أسرهم في العمل أو في الدراسة، كما قامت الدولة بإنشاء بعض المقاهي الشعبية وجعلت إدارتها من كبار السن لقضاء وقت فراغ ممتع، كما أن هناك بعض الأندية الخاصة ببعض الحرف القديمة في الكويت وهي في الغالب تجمع كبار السن .

5. كما قامت الأمانة العامة للأوقاف وهي مؤسسة مشتركة تجمع بين القطاع الحكومي والأهلي بإنشاء مراكز للراية المنزلية في العديد من المناطق السكنية في الكويت تقدم الخدمات الصحية والنفسية والدينية للمسنين في بيوتهم من

خلال الزيارات الدورية اليومية والإرشادية للمسنين، وهي من أفضل ما يقدم من خدمات للمسنين لأنها تحتفظ بالجو الأسري للمسن فهو يقيم مع أسرته ويتمتع في نفس الوقت بخدمات فريق من المتخصصين في رعاية المسنين بدون مقابل مادي وبدون أن ينقل إلى خارج منزله.

الرعاية الاجتماعية للمسنين في سلطنة عمان

تعتبر فئة المسنين في مقدمة الفئات التي أولتها سلطنة عمان الاهتمام وقامت بتقديم الرعاية المتكاملة لها، كما ظلت هذه الفئة تحظى بنسبة متقدمة من الرعاية عن باقي الفئات الأخرى في السلطنة حيث بلغ حجمها العددي (78,8) حاله تشكل 48٪ من مجموع من يشملهم هذا النظام حسب بيانات عام 1995م.

وتتمثل مظاهر الرعاية في المنافع التي تقدمها سلطنة عمان للمسنين من خلال قوانين الضمان الاجتماعي الخاصة بالمسنين وكذلك من خلال الخدمات التي تقدمها وزارة الشئون الاجتماعية بالسلطنة ومن أهم هذه المنافع والخدمات:

1. توفير نظام التأمينات الاجتماعية للمسنين المؤمن عليهم وتتمثل في المعاشات والمكافآت والمنح الإضافية وكذلك بدل الانقطاع عن العمل والتعويض عن الإصابات.

2. معاش الشيخوخة فهناك معاش مستحق عند بلوغ السن القانونية، وهناك معاش التقاعد المبكر.

3. إنشأت وزارة الشئون الاجتماعية دارا لرعاية المسنين الذين لا يتسنى البقاء في مجتمعاتهم الطبيعية وهذه الدار تقوم بتقديم الخدمات الضرورية لهؤلاء المسنين.

الرعاية الاجتماعية والصحية للمسنين بقطر

حظي المسنون في دولة قطر بالاهتمام والرعاية من وزارة الصحة ووزارة الشئون الاجتماعية وقد تمثلت مظاهر الرعاية في دولة قطر في الآتي:

1. إنشاء وحدة التأهيل والمسنين بمستشفى الرميلة وهي تقوم بتقديم كافة الخدمات التي يحتاجها المسنون سواء أكانت طبية أو اجتماعية.
2. تقوم وزارة العمل والشئون الاجتماعية بتقديم إعانات مادية شهرية.
3. كما أن هناك إدارة المساكن الشعبية التي تقوم بتقديم المساكن المجانية، وكذلك يمنح مبلغ عشرة آلاف ريال لتأثيث المسكن.
4. كما قامت وزارة الشئون الاجتماعية بإنشاء المؤسسة القطرية لرعاية المسنين وهي تقوم بتقديم العديد من الخدمات للمسنين ومنها دراسة حالات المسنين ومتابعتها، تقديم خدمات الإيواء بأنواعه الدائم والمؤقت، حل المشكلات الخاصة بالمسنين، وتقدم كافة الخدمات الصحية واجتماعية للموجودين بالمؤسسة، كما تقديم خدمات للمسنين خارج المؤسسة من خلال الزيارات المنزلية المستمرة لحالات كبار السن وتقديم الدعم لهم في أماكن إقامتهم.

وفي النهاية يمكننا القول إن العالم ما زال بأجمعه مستمرا في تطوير صور الرعاية الخاصة بالمسنين وفقا للتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي تطرأ على كافة المجتمعات بأسرها.

مراجع الفصل الثاني

1. إبراهيم، سيد سلامه: (د ت)، رعاية المسنين، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية.
2. أبو النصر، مدحت محمد، النجار، أحمد عبد العزيز: (1996)، مكتبة الفلاح، الإمارات.
3. أبو النصر، مدحت محمد: فن ممارسة الخدمة الاجتماعية، (2009)، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة.
4. أسعد، يوسف ميخائيل: (2000)، رعاية الشيخوخة، دار الغريب، القاهرة.
5. بدر، يحي مرسي عيد: (2007)، المسنون في عالم متغير، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية.
6. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، (2009)، مشروع النشر والتحليل لبيانات التعداد، واقع المسنين ومتطلبات رعايتهم في الأراضي الفلسطينية 1997-2007، رام الله، فلسطين.
7. حسن، نورهان منير، فهمي، محمد سيد: (2000) الرعاية الاجتماعية للمسنين، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
8. خاطر، أحمد مصطفى: (2009)، الخدمة الاجتماعية نظره تاريخية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

9. السدليمي، سليمان علي: (1998)، الرعاية الاجتماعية نظريات وتطبيقات، ط2، دار الكتاب الجديد، بيروت.

10. السدحان، عبد الله بن ناصر (1420)، رعاية المسنين في المملكة العربية السعودية، الناشر المؤلف، الرياض.

11. سرحان، نظيمه أحمد محمود: (2006)، الخدمة الاجتماعية المعاصرة، مجموعة النيل العربية.

12. الشهراني، عائض بن سعد: (2013)، الخدمة الاجتماعية شمولية التطبيق ومهنية الممارسة، خوارزم العلمية، جده.

13. الطراح، علي: (2010) مجتمع لكل الأعمار وقضايا المسنين في مجتمعات مجلس التعاون الخليجي – الندوة الخليجية حول قضايا المسنين.

14. علي، ماهر أبو المعاطي: (2011)، الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، دار الزهراء، الرياض.

15. عيوش، ذياب، الزعنون، فيصل: (2009) الرعاية الاجتماعية، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات.

16. فهمي، محمد سيد: (2002)، الرعاية الاجتماعية والأمن الاجتماعي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

17. فهمي، محمد سيد: (2008)، الرعاية الاجتماعية بين حقوق الإنسان وخصخصة الخدمات، دار الوفاء لدنيا الطباعة، الإسكندرية.

18. فهمي، محمد سيد (2006)، الرعاية الاجتماعية الإسلامية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية.

19. House of Commons Health Committee: (2012), Social Care, Fourteenth Report of Session Published by authority of the House of Commons London: The Stationery Office Limited, p8.

المواقع الإلكترونية

- وزارة التنمية الاجتماعية، سلطنة عمان،

css.escwa.org.lb/SDD/1366/p7a

- المؤسسة القطرية لرعاية المسنين qfepc.breakpoint.ws/?page_id=232.

- موقع وزارة الشئون الاجتماعية بالمملكة العربية السعودية، mosa.gov.sa

www.masress.com/elaosboa/34183.

الفصل الثالث

المساعدة المهنية للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين

الفصل الثالث(*)

المساعدة المهنية للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين

مقدمة

تحتل عملية المساعدة المهنية في الخدمة الاجتماعية اهتماماً كبيراً، حيث تعد الأساس الذي يبنى عليه تحقيق الأهداف المطلوبة وإحداث التغيير في المواقف والظروف التي يعيشها نسق عملية المساعدة. ولعل وضوح الهدف من عملية المساعدة المهنية لدى كل من الأخصائي ونسق عملية المساعدة، يثمر عن تحقيق النجاح لكافة أنشطة التدخل المهني المبنية على المعارف النظرية والنماذج التطبيقية والمهارات والمبادئ.

وتهدف عملية المساعدة في مجال رعاية المسنين إلى استعادة حالة التوازن النفسي والاجتماعي واكتساب وتطوير القدرات التي تزيد من تكيفهم ونموهم وذلك من خلال تزويدهم بالمعلومات والخبرات والمهارات أثناء عملية المساعدة، ومهما اختلف الممارسون فيما يستخدمونه نظرياً وتطبيقياً فإنهم جميعهم يتفقون في تحقيق هدف مشترك وهو تحقيق تكيف المسنين مع مواقف الحياة بصورة أكثر فاعلية وواقعية.

(*) قام بإعداد هذا الفصل د/ سماح سالم.

أولا: فلسفة عمليات المساعدة المهنية في مجال رعاية المسنين

ترجع أهمية تطبيق الأسس الفنية لعمليات المساعدة المهنية بمجال رعاية المسنين، إلى التناقص التدريجي في القدرات والمهارات التي يمتلكها المسنون وما ينجم عنها من حالة عدم التوازن الناجمة عن المشكلات التي يوجهونها نتيجة لعدم قدرتها على التكيف مع هذه المشكلات، وبالتالي فإن تقديم المساعدة المتخصصة لاستعادة حالة التوازن المفقودة يعد مطلب حيوي لا غنى عنه في جميع مؤسسات الرعاية الاجتماعية للمسنين.

ثانيا: مبررات تطبيق عمليات المساعدة المهنية في الخدمة الاجتماعية مع المسنين

1. تطبق عمليات المساعدة المهنية مع مشكلات وقضايا المسنين تماشياً مع فلسفتها في الحفاظ على كرامة الإنسان.
2. الاحتياج الفعلي للرعاية المتخصصة للمسنين من مختلف التخصصات العلمية والمهنية.
3. الاهتمام العالمي بقضايا المسنين وظهور نماذج حديثة وأساليب متطورة في الرعاية المهنية.
4. التزايد الفعلي لإعداد المسنين بدور الرعاية الاجتماعية يجعل من الأفضل التعامل مع المسنين بالاعتماد على مهن متخصصة وتعد الخدمة الاجتماعية بما تمتلكه من أسس علمية وأنشطة فنية متخصصة من أصلح المهن للعمل في هذا المجال والذي يعد أحد المجالات الأولية لعمل الأخصائي الاجتماعي.

5. تنظر مهنة الخدمة الاجتماعية إلى الشيخوخة باعتبارها حالة من القدرة وليست حالة من العجز وبالتالي تعتمد عملية المساعدة المهنية لرعاية المسنين على النظرة الشمولية.
6. تستطيع الخدمة الاجتماعية بما تمتلكه من طرق وأدوات وأساليب فنية من التدخل المهني مع المسنين بالارتكاز على المنهج العلمي أسلوبا لرعاية المسنين رعايةً متكاملةً.
7. تتمكن الخدمة الاجتماعية كمهنة من التعاون مع التخصصات المختلفة لتحقيق المشاركة الكاملة للمسنين مع بعضهم البعض ومن ثم تحقيق أهداف الرعاية الاجتماعية لهم.
8. حياة الوحدة والعزلة التي يعاني منها العديد من المسنين تجعل من ممارسة الخدمة الاجتماعية مع المسنين مطلباً للتغلب على هذه المشاعر.

ثالثا: مبادئ عملية المساعدة المهنية لميدان رعاية الاجتماعية للمسنين

يتطلب عمل الأخصائي الاجتماعي في مجال رعاية الطفولة تفهم المبادئ الأساسية للعمل بهذا المجال ومن هذه المبادئ:

1. مبدأ فردية الرعاية: ويقصد بهذا المبدأ بان كل حالة من حالات المسنين تختلف من حيث المكان الملائم لرعايتها فبعض حالات المسنين تعد البيئة الأسرية هي المكان الملائم لرعايتها بينما حالات أخرى تستوجب رعايتها الإقامة بإحدى دور الرعاية الاجتماعية للمسنين.
2. التركيز على أنشطة الوقاية والإنماء أهم من أنشطة التدخل المهني لعلاج مشكلات المسنين ويحميهم من التعرض لخطر التدهور بمختلف صوره (الجسمي، والنفسي، والعقلي، والاجتماعي).

3. الوسط الجماعي للمسنين أكثر تأثيراً في إتمام عملية المساعدة بميدان رعاية المسنين.
4. البرامج الترفيهية وتكنيكات المناقشة والحوار وسرد الذكريات أكثر ملاءمة للتغلب على الكثير من مشكلات المسنين.
5. العوامل البيئية والذاتية كلاهما يلعب دوراً هاماً ومؤثراً في مشكلات المسنين -انساق مشكلات، وانساق مساعدة- وتختلف درجة تأثيرها وفقا لطبيعة المشكلة.
6. المبادأة لا تمثل خيارا للأخصائي بل مبدأ أساسيا تتطلبه المساعدة الفاعلة، ويقصد به أن المساعدة في هذا المجال عملية مفروضة لا معروضة أبرزتها مبادئ مهنة الخدمة الاجتماعية وحثت عليها الشرائع السماوية.

رابعا: عناصر المساعدة المهنية

تشير عناصر عملية المساعدة إلى المكونات الأساسية لهذه العملية الهامة والتي تشتمل على: العميل، الأخصائي الاجتماعي، المؤسسة، البيئة المحيطة، وفيما يلي شرح لكل عنصر من هذه العناصر على النحو التالي:

1. العميل (المسن)

يشير مصطلح العميل إلى: الوحدة أو النسق الذي يتعامل معه الأخصائي الاجتماعي لتحقيق أهداف عملية المساعدة المهنية ويشمل نسق عملية المساعدة بالتطبيق على مجال رعاية المسنين على ثلاثة مستويات على النحو التالي:

أ. مستوى الوحدات الصغرى micro ويشمل: المسن وأسرته

ب. مستوى الوحدات المتوسطة mezzo ويشمل: جماعات المسنين داخل دور الرعاية الاجتماعية.

ج. مستوى الوحدات الكبرى macro ويشمل: مؤسسات رعاية المسنين والمجتمع المحلي.

2. **الاخصائي الاجتماعي**

تعددت التعريفات التي تناولت الأخصائي الاجتماعي ورغم تعددها إلا أنها اجتمعت على انه الشخص الذي تخرج من معاهد وكليات وأقسام الخدمة الاجتماعية والذي تم إعداده بها إعداداً نظرياً وعملياً لمدة أربع سنوات على يد مشرفين متخصصين في الخدمة الاجتماعية، وتتطلب جودة عملية المساعدة أن يكون الاخصائي ايجابياً وفعالاً وأن يعمل على تنمية ذاته المهنية بتطوير مهاراته ومعلوماته ومتابعة كل ما يستجد في المجال الذي يعمل فيه أو فيما يستجد على مستوى المهنة ككل وينبغي أن يتحلى الاخصائي الاجتماعي بعدد من القيم الشخصية والمهنية الايجابية وان يعمل في إطار منظومة القيم الثقافية للمجتمع وسيتم الحديث تفصيلياً عن عناصر الأعداد المهني للأخصائي الاجتماعي في موضعه. والاخصائي الاجتماعي يعد موجه عملية المساعدة وقائدها.

3. **المؤسسة**

تعرفُ المؤسسة بصفة عامة على أنها: هيئات تسعى إلى تحقيق أهداف محددة، ولها بناء وظيفي واضح ومقصود، ومحددات واضحة.

وتعرف المؤسسة على أنها نظام اجتماعي واقتصادي وتقني في آن واحد من خلال نظام أشمل وأوسع يسمح بتحقيق الأهداف المرجوة.

وبتحليل التعريف السابق نجد أن المكونات الرئيسية له كالتالي:

أ. المؤسسة نظام اجتماعي: ويعني هذا الجانب أن المؤسسة تقوم على نمط من العلاقات المبنية على التفاعل الأفقي والرأسي بين فريق العمل الذي يشكل الهيكل الوظيفي العام داخل المؤسسة، مع الأخذ في الاعتبار أن التفاعل بين هؤلاء الأشخاص أمر أساسي وضروري للقيام بعملية المساعدة المهنية على الوجه الأمثل.

ب. المؤسسة نظام اقتصادي: ويقصد به نظاما يشمل توفير وإنتاج وتوزيع وتبادل واستهلاك السلع والخدمات داخل مؤسسات رعاية المسنين، والنظام الاقتصادي هو مجموعة من العلاقات الاقتصادية، والقانونية التي تحكم سير الحياة الاقتصادية داخل المؤسسة، بالإضافة إلى القواعد والأسس التي تحكم التفاعل والتأثير المتبادل بين حاجات المسنين من جهة والموارد بجميع أنواعها (البشرية، المعرفية، التقنية، التنظيمية) المتاحة داخل المؤسسة وخارجها، وتنبغي الإشارة إلى أنه لا يوجد انفصال بين النظامين الاجتماعي والاقتصادي.

والهدف من الإشارة إلى الجانب الاقتصادي لمؤسسات رعاية المسنين كعنصر من عناصر المساعدة هو: الإشارة إلى قدرة المؤسسة على إشباع حاجات وتلبية رغبات المسنين بتوفير أو إنتاج سلع أو تقديم خدمات بوفرة وبالاعتماد على مواردها الداخلية والخارجية، وكلما كانت المؤسسة قادرة على الوفاء بذلك كلما كان هذا دليلاً على جودتها وقدرتها على تحقيق رضا المستفيدين والمجتمع عما تقوم به من خدمات.

ج. المؤسسة نظام تقني: عملية منهجية رسمية تؤدي إلى اعتماد كفاءة مؤسسات رعاية المسنين ضمن إطار نظام الرعاية الوطنية والعالمية، من خلال الاعتماد على متخصصين يتمتعون بالكفاءة المعرفية والمهارية.

وإذا حاولنا تسليط الضوء على نظام العمل داخل المؤسسة يمكن أن نرصد الملاحظات التالية:

1. المؤسسة نظام مفتوح، في علاقته بالبيئة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي تعمل من خلالها المؤسسة وتتأثر المؤسسة بهذه البيئة تأثراً قوياً حيث تستمد المؤسسة مقومات عملها المادية وغير المادية من هذه البيئة.
2. تقوم المؤسسة بتحويل هذه المقومات إلى مدخلات (موارد – عناصر الإنتاج المختلفة)، تتحول بدورها وفق تقنية معينة إلى مخرجات في صورة سلع أو خدمات تقدم بكفاءة عالية من قبل متخصصين على درجة عالية من الكفاءة.
3. تحرص المؤسسة على تسجيل النتائج التي حققتها وترجمتها إلى تحسين وتطوير في أدائها.

المؤسسة الاجتماعية

تهدف المؤسسة الاجتماعية بشكل أساسي إلى تقديم الخدمات الاجتماعية لمجموعة محددة من العملاء ذوي الاحتياجات المحددة وتعتمد عملية تقديم الخدمات على مجموعة من السياسات والقواعد التي يلتزم بها العاملون بالمؤسسة.

وتمثل المؤسسات الاجتماعية المجال الرئيسي لممارسة الخدمة الاجتماعية وتكامل بنائها المهني حيث تعتبر المؤسسة الاجتماعية في الخدمة الاجتماعية دليل فاعليتها.

والخدمة الاجتماعية مهنة مؤسسية أي تمارس من خلال مؤسسات ذات أنشطة محددة ولخدمة عملائها على اختلاف أنواعهم.

ويمكن تعريف المؤسسة الاجتماعية لرعاية المسنين على أنها: ذلك الإطار البنائي الذي يسعى إلى تقديم خدمات متنوعة مادية وخدمية لكبار السن وفقاً لمستوى الممارسة (الوحدات الصغرى، الوحدات الوسطى، والوحدات الكبرى) وبالاعتماد على جهود الأخصائيين الاجتماعيين المعدين علمياً وعملياً للعمل بها وبالتعاون مع فريق عمل متخصص وفقاً لشروط وقواعد محددة.

وبتحليل التعريف السابق نجد ما يلي:

1. يشير التعريف إلى المؤسسة كمكون مادي من خلال وصفها بأنها بناء.
2. يتركز الهدف الرئيسي لمؤسسات رعاية المسنين في تقديم الخدمات المتنوعة سواء أكانت مادية أم خدمية.
3. يشير التعريف إلى المستفيدين من خدمات مؤسسات رعاية المسنين وهم عملاء المؤسسة من المسنين في المقام الأول، وتمتد جهود المساعدة المهنية لتشمل كافة وحدات الممارسة (الوحدات الصغرى، الوحدات الوسطى، والوحدات الكبرى) لصالح نسق عملية المساعدة.
4. يقوم العمل في مؤسسات الرعاية الاجتماعية للمسنين على جهود الأخصائيين الاجتماعيين المعدين لهذا الغرض بالاعتماد عليهم بشكل أساسي وبالتعاون مع فريق العمل بالمؤسسة.

تصنيفات المؤسسات الاجتماعية لرعاية المسنين:

1. مؤسسات أولية: وهي بذلك مؤسسات تعتمد على أنشطة وجهود الأخصائي الاجتماعي بشكل أساسي ويعاون الأخصائي في عمله تخصصات أخرى.
2. مؤسسات ثانوية: وهي تلك المؤسسات التي تقدم خدمات لرعاية المسنين ولا تعتمد على الخدمة الاجتماعية كمهنة بشكل أولي وإنما تقوم المهنة بمساعدة مهنة أخرى في تحقيق أهدافها.

كما تصنف حسب الهدف إلى:

1. مؤسسات تهدف إلى تقديم مساعدات مادية: وهي تلك المؤسسات التي تُعنى بتقديم معونات مادية مثل مؤسسات الضمان الاجتماعي، ومنها مؤسسات رعاية المسنين.
2. مؤسسات خدمية: وهي تلك المؤسسات التي تُعنى بتقديم أنشطة خدمية وتتنوع الأنشطة الخدمية التي تقدمها ومنها (الطبية، والتأهيلية،........) وغيرها من أشكال الخدمات التي تقدمها المؤسسات المختلفة حسب طبيعة تخصصاتها.

و تصنف مؤسسات الخدمة الاجتماعية لرعاية المسنين حسب التبعية إلى:

1. مؤسسات حكومية: وهي المؤسسات التي تُنشئها الدولة وتشرف على إدارتها وتمويلها.
2. مؤسسات أهلية: وهي تلك المؤسسات التي أنشئت بجهود أهلية وهذه المؤسسات تتبع أيضاً الإشراف الحكومي إدارياً ومالياً.

3. مؤسسات مشتركة: وهي تلك المؤسسات التي أنشئت بجهود حكومية أهلية مشتركة وكذلك تتبع الدولة في الإشراف المالي والإداري.

وظائف مؤسسات الخدمة الاجتماعية لرعاية المسنين:

1. تقديم الخدمات: بأنواعها المادية والاجتماعية.
2. القيادة والتوجيه: من خلال تبني أعمال وأنشطة متخصصة.
3. تصميم البرامج الاجتماعية: من خلال إعداد البرامج وتوصيف أدوار القائمين على التنفيذ.
4. الاختيار: ويتمثل في اختيار الأخصائيين الاجتماعيين الجدد وكذلك المتطوعين في الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين.
5. التدريب: ويتعلق بزيادة كفاءة العاملين مع تعليم المتطوعين كيفية العمل مع العملاء والاستفادة من قدراتهم ومهاراتهم ويتم ذلك بالدورات التدريبية التي تعقدها المؤسسات أو تشرك فيها مسؤوليها، كذلك تتولى مؤسسات الخدمة الاجتماعية الإشراف على طلاب التدريب الميداني للخدمة الاجتماعية .
6. التقويم: تضطلع المؤسسة بمهمة تقويمية لكل من مواردها وأنشطتها – العاملين – دورها في تقديم الخدمات بكفاءة.
7. التطوير: حيث ينبغي أن تحرص مؤسسات الخدمة الاجتماعية لرعاية المسنين على تطوير خدماتها وأنشطتها لتثبت مكانتها بين المؤسسات الأخرى ولرفع كفاءة المهنة.

8. الاتصال: وهو من الوظائف الهامة والتي تحقق للمؤسسة التواصل مع المؤسسات الأخرى سواء للاستفادة من مواردها وإمكانيتها أو للتنافس الشريف من أجل رقي المهنة وتطورها.

9. إشباع الاحتياجات: وتتنوع صور إشباع الاحتياجات حسب سياسة المؤسسة ولوائحها ووفقاً لنمط العملاء المستفيدين وينبغي أن تحرص المؤسسة باستمرار على تقديم خدمات توائم احتياجات المستفيدين وتعمل على التطوير المستمر لتلك الخدمات لتلبية المزيد من الاحتياجات وتقديمها بشكل مرض وملائم لتلك المهنة الإنسانية وبطريقة تصون كرامة العملاء وتحفظها.

ويقوم الأخصائي بتقديم خدمات رعاية المسنين من خلال مؤسسات متخصصة لها قوانينها وأنظمتها الخاصة وهي بمثابة هيئات مسئولة توصيل الخدمات أو اكتساب الخبرات أو حل المشكلات.

ما يجب أن يعرفه الأخصائي الاجتماعي عن مؤسسات رعاية المسنين:

1. اللوائح والشروط المؤسسية: يسهم تعرف الأخصائي الاجتماعي على لوائح المؤسسة في قدرته على معرفة الشروط والقواعد التي يستطيع أن يخدم المسنين في ضوئها حتى لا يخرج عن الوظيفة الأساسية لتقديم الخدمات بالإضافة لشروط الحصول على الخدمات ومدى انطباق خدمات المؤسسة على المستفيدين لتوفير الوقت والجهد.

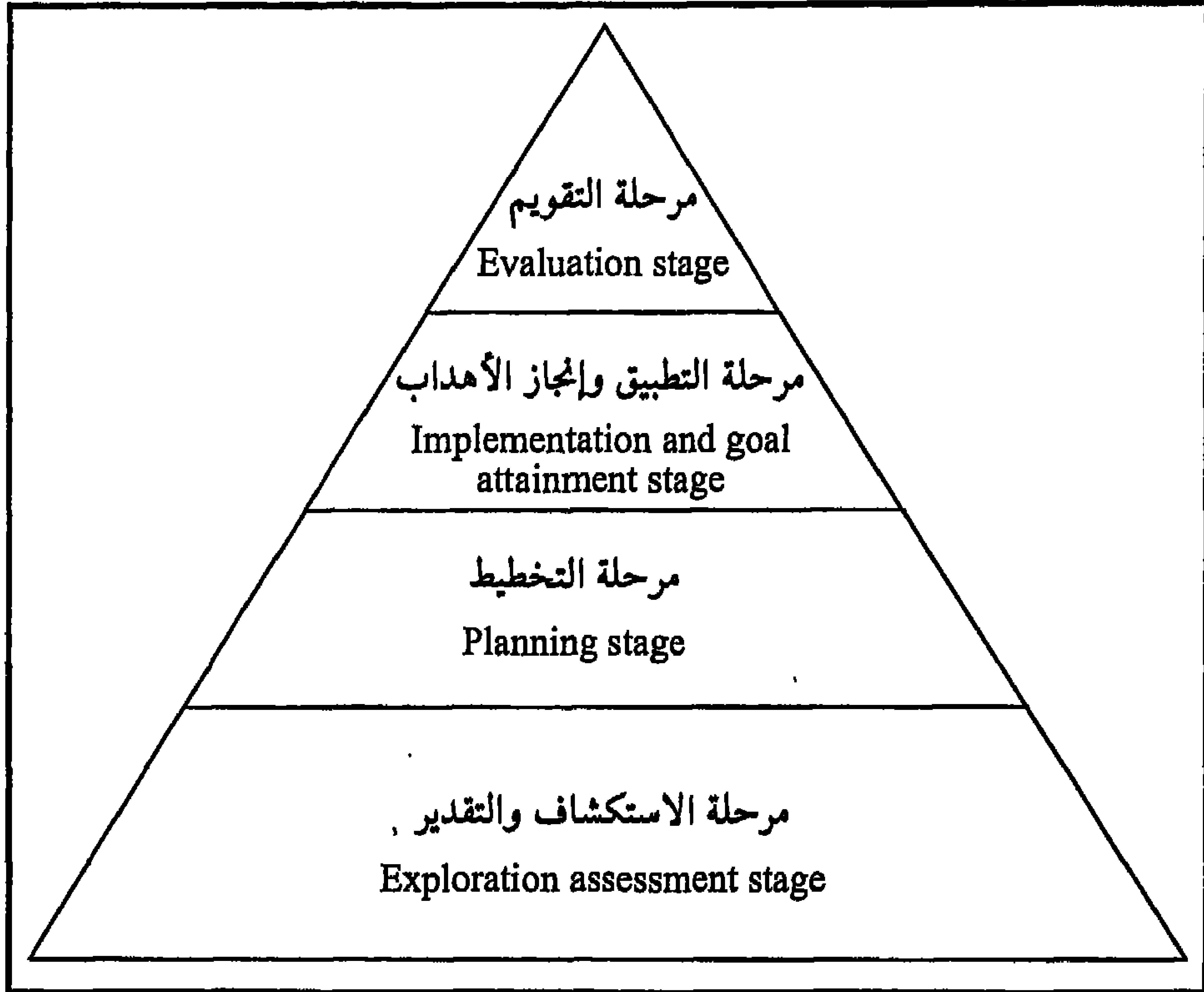
2. تبعية المؤسسة: يسهم تعرف الاخصائي الاجتماعي على تبعية المؤسسة في تحقيق الدراية الكاملة من قبل الاخصائي الاجتماعي لمصادر الحصول على الخدمات والأنشطة بما يضمن جودة تقديم الخدمات، والمطالبة بالتطوير وقتما اقتضت الضرورة من المصادر الرسمية.

3. مصادر تمويل المؤسسة: حيث يعتبر الأخصائي الاجتماعي هو الشخص المهني المسؤول عن توجيه مصادر مؤسسات رعاية المسنين التي يعمل بها نحو الخدمات ذات الفائدة، والتعرف على مصادر التمويل من شأنه أن يساعد الأخصائي على ضبط ميزانية المؤسسة كما يساعده في محاولة اكتشاف مصادر أخرى للتمويل في حالة عدم كفاية المصادر الحالية.
4. أهداف المؤسسة: والتعرف على الأهداف من شأنه أن يساعد الاخصائي الاجتماعي على اختيار الأنشطة الملائمة لتحقيق تلك الأهداف والوسائل اللازمة بالإضافة إلى مساعدة الأخصائي الاجتماعي على إتمام عملية التقييم والتقويم اللازمتين لإتمام نجاحه المهني بالمؤسسة(*).
5. الهيكل التنظيمي للمؤسسة: يسهم تعرف الاخصائي الاجتماعي على طبيعة التخصصات المساعدة في الاشتراك مع فريق العمل بأسلوب تعاوني بما يخدم المؤسسة ويساعدها على تحقيق أهدافها وبما يمنع الخلط في توصيف الوظائف للعاملين بالمؤسسة ويحقق لها الاستقرار في تأدية المهام والوظائف.
6. البيئة: يعد الهدف الأساسي لعملية المساعدة تحقيق التوافق الاجتماعي مع عناصر البيئة الاجتماعية في حدود ثقافة المجتمع وفلسفته، وتمثل البيئة المكان الذي يعيش فيه المسن وتوجد به المؤسسة الاجتماعية، فالتفاعل متصل ومتبادل بين المؤسسة والبيئة فهي تؤثر وتتأثر باستمرار بالبيئة المحيطة، كما أنها تتميز بمجموعة من الخصائص العامة والخاصة التي تعطيها نوعاً من التفرد فتؤثر في جودة الخدمات وطبيعة العلاقات والتعاملات الموجودة داخل المؤسسة.

(*) لمزيد من التفصيل حول أهداف الرعاية الاجتماعية للمسنين انظر الفصل الخامس

خامسا: مراحل عملية المساعدة المهنية

تمر عملية المساعدة بأربعة مراحل أساسية هي:



ولكل مرحلة من هذه المراحل أهداف محددة، ومجموعة من الأنشطة والمهارات والمهام الأساسية التي ينبغي على الممارس الاهتمام بها والعمل على تنفيذها.

مرحلة الاستكشاف والتقدير

تعد مرحلة الاستكشاف والتقدير أولى مراحل عملية المساعدة المهنية في الخدمة الاجتماعية وتعتبر هذه المرحلة القاعدة الأساسية التي تعتمد عليها عملية

المساعدة على إنجاز أهدافها وحل المشكلات، وتعزيز مهارات التكيف لدى المسن، وتتضمن هذه المرحلة العمليات الأساسية التالية:

1. تكوين العلاقة المهنية .
2. استكشاف مشكلة العميل من خلال استنباط واستخراج المعلومات عن العميل والمشكلة والعوامل البيئية
3. التقدير متعدد الأبعاد للمشكلة، والأنظمة التي لها علاقة بالمشكلة، والموارد الضرورية.
4. تعزيز الدافع لدى المسن للعمل على حل المشكلة ومواجهة الموقف.
5. التفاوض المشترك بشأن أهداف عملية المساعدة وتشكيل العقد.

1. تكوين العلاقة المهنية

تمر مرحلة تكوين العلاقة بعدة مراحل تبدأ بالاستقبال، ثم عرض الخدمة، وتوضيح وظيفة الأخصائي الاجتماعي، وقبول الخدمة من جانب العميل. فالاتصال الفعال خلال عملية المساعدة يساعد وبدرجة كبيرة على كسب ثقة العميل وتفعيل دوره في عملية التدخل، والممارسة الفاعلة والناجحة هي تلك التي تساعد العميل على التعبير عن مشاعره وانفعالاته وأفكاره وآرائه بكل حرية وصراحة ودون الشعور بالخوف أو التردد أو التهديد، وتعمل على خفض درجة القلق والتوتر والإرباك الذي قد يشعر به بعض العملاء في لقائهم الأول،وكسب ثقة العميل وإيمانه بكفاءة وقدرة الأخصائي الاجتماعي على مساعدته. ويستخدم الأخصائي الاجتماعي أساليب ومهارات مختلفة لتكوين العلاقة منها التقبل، والتعاطف، والتقدير، والاحترام، والتفهم، والاهتمام، وإتاحة الفرصة له للتعبير عن مشاعره وأفكاره، والاستجابة لحاجات العميل.

ونرى من جانبنا أن هناك عددا من العوامل المساعدة على تكوين علاقة مهنية طيبة مع المسنين على النحو التالي:

أ. الاستجابة لأسئلة واستفسارات المسنين على الفور.

ب. العمل على ربط الخدمات الاجتماعية المقدمة بحاجات المسنين الشخصية ومشكلاتهم.

ج. إقناع المسن بإمكانية مساعدته وتوضيح دور الخدمة الاجتماعية والأخصائي الاجتماعي بطريقة اجرائية.

د. الاستجابة لمشاعر المسن والتعاطف معه، وإبداء مشاعر التقبل والتعاطف والاهتمام.

وتصل العلاقة المهنية إلى مستوى مقبول ومعقول عندما يتم الاتفاق بين الأخصائي الاجتماعي والمسن على العمل سويا والتعاون في سبيل حل المشكلة والتغلب على الموقف، كما أن تكوين العلاقة المهنية يعد الخطوة الأساسية اللازمة للدخول في العمليات التالية وإنجازها.

2. استكشاف المشكلة

تعد عملية استكشاف المشكلة من العمليات الأساسية في إنجاح عملية المساعدة وعلى الممارس بذل كل جهد ممكن للحصول على أكبر قدر من البيانات والمعلومات قبل القيام بعملية التقدير، وتبدأ عملية الاستكشاف: بالتعرف على مشاعر المسن المترتبة على المشكلة، والتعرف على اهتماماته واحتياجاته وتدريجيا يعمل الأخصائي الاجتماعي على التوسع في عملية الاستكشاف لتتضمن جميع العوامل الشخصية والبيئية، كما يعمد الأخصائي

خلال هذه العملية إلى التعرف على جوانب القوة في شخصية المسن للاستفادة منها في إنجاز أهداف عملية المساعدة.

وتتطلب عملية الاستكشاف من الأخصائي الاجتماعي الاهتمام بمعرفة مدى تفاعل وتأثير العوامل الشخصية والبيئية والثقافية في المشكلة، والاهتمام بالمرحلة العمرية التي يمر بها المسن والحاجات النفسية والاجتماعية لها.

وللقيام بعملية الاستكشاف ينبغي على الأخصائي الاجتماعي مراعاة الجوانب التالية:

أ. معرفة وجهة نظر المسن عن المشكلة، ونوع المساعدة المطلوبة.

ب. دراسة حياة المسن للتحقق من طرق وأساليب التكيف مع المشكلات والصعوبات، ومعرفة تأثير المشكلة على شخصيته وعلاقاته الاجتماعية.

ج. ملاحظة الآثار النفسية الناجمة عن المشكلة بما فيها مشاعر القلق والخوف والشعور بالذنب أو النقص ومستوى الأداء العقلي والحسي والنظرة إلى النفس والمحاولات الأولى للتكيف بما فيها المحاولات الدفاعية.

د. معرفة تأثير السن وعلاقته بالتكيف أو القدرة على التكيف.

ه. معرفة الموارد المادية والشخصية المتاحة في البيئة.

3. التقدير متعدد الأبعاد

يشير التقدير إلى عملية فهم وتحديد طبيعة المشكلة وأسبابها وتطوراتها والاحتمالات المستقبلية لها، كما تتضمن هذه العملية تحديدا دقيقا للأشخاص والمواقف المرتبطة بالمشكلة، والتحديد الدقيق للأنشطة التي يمكن أن تعمل على الحد من آثارها أو التخلص منها نهائيا.

والتقدير أيضا يعني معرفة كيفية تفاعل العوامل الشخصية والبيئية والثقافية مع المشكلة ومعرفة نتائج هذا التفاعل خاصة من حيث درجة الضغط الواقع على المسن، ومن حيث نوعية ودرجة التكيف.

وعملية التقدير هي عملية مستمرة تبدأ من أول اتصال يتم بين الأخصائي الاجتماعي والمسن، وتنمو وتتطور هذه العملية خلال المقابلات اللاحقة ومن وقت لآخر طالما ظل الاتصال قائم بين الأخصائي الاجتماعي، وتحتوي عملية ألتقدير تحليلا للمشكلة، والمسن والبيئة المحيطة به، فتحليل المشكلة يقتضي من الأخصائي الاجتماعي تحديد طبيعة الصعوبات التي تواجه المسن كعدم توفر الموارد اللازمة والضرورية، ومعرفة القرارات الهامة في حياته، وتحديد المعوقات الشخصية، والعلاقات الشخصية، والأنظمة المجتمعية، والتفاعل بين كل هذه العوامل، كما تتضمن عملية تحليل المشكلة اتخاذ قرار بشأن مدة التدخل، ودرجة التغيير المطلوبة، وتحديد مدى القدرة على إنجاز الأهداف، وقدرة الأخصائي الاجتماعي على مساعدة المسن، وتحديد نوعية الخدمات التي تقدمها المؤسسة وعلاقتها بمشكلته وحاجاته.

ويمكن تلخيص محتوى عملية التقدير متعدد الأبعاد في الجوانب التالية:

أ. العوامل المرتبطة بالمشكلة: والتي تتضمن معرفة طبيعة المشكلة وآثارها الشخصية والبيئية، وتحديد بداية ظهور المشكلة وتطورها والعوامل التي أسهمت في ذلك، وتحديد المدة الزمنية اللازمة للعلاج، والشروط التي يجب أن يخضع لها المسن طوال فترة المساعدة.

ب. العوامل الشخصية: وتتضمن معرفة المرحلة العمرية للعميل وما يرتبط بها من حاجات نفسية وجسمية واجتماعية، ومعرفة الخصائص النفسية

والانفعالية والاجتماعية والثقافية للمسن، هـذا بالإضـافة إلى تحديـد قدرتـه على مواجهة الموقف وأداء دوره الوظيفي ومقدار عجـزه، وتحديـد جوانـب القوة الضعف في شخصيته وعملياته الدفاعية ودوافعه.

ج. العوامل المرتبطة بعلاقات المسن: كتحديد المرحلة الـتي يمـر بهـا المسن ومـا يتـصل بهـا مـن حاجـات ومعرفـة عمليـات الاتـصال والتفاعـل، وعلاقتـه بالأشخاص المحيطين به، وقدرتـه علـى تكـوين العلاقـات، ودرجـة اهتمـام الأسرة بالمشكلة والمسن وتأثير كل ذلك عليه.

د. العوامل البيئية: وتتضمن تحديدا دقيقاً للعقبـات والعوائـق البيئيـة، والمـوارد والإمكانات المتاحة، والتعرف على الوضع الاقتصادي للمسن

ه. العوامل الثقافية: وتشمل الأهداف والاتجاهات الخصائص الخلقية والعادات والطبائع الاجتماعية والمثل العليا.

و. تفاعل جميع هذه العوامل السابقة وتأثيرها سواء في إحـداث الـضغوط علـى المسن أو الحفاظ عليها.

4. **تعزيز الدافع لدى المسن:**

إن نجاح عملية المساعدة يعتمد بدرجة كبيرة على جانبين أساسيين:

أ. اعتراف المسن بوجود المشكلة.

ب. وجود الدافع لديه للعمل على حلها.

حيث يلاحظ أن كثيرا من المسنين يفتقدون إلى أحد أو كلا هاذين الجانبين، كما يخطئ كثير من الممارسين بسبب عدم اهتمامهم للتعامل مع هاذين الجـانبين، لهذا فإن الممارس الناجح هو الذي يمتلك المهارات اللازمة التي تساعده في تعزيـز

دوافع عملائه خاصة ممن لا يعترفون بوجود المشكلة أو الذين ينقصهم الاستعداد الكافي لبذل الجهد والعمل في سبيل التخلص منها.

ويستخدم الأخصائي الاجتماعي مهاراته المهنية لزرع أو إيجاد الدافع لدى عملائه المسنين والمحافظة عليه، كما يعمل على تشجيع الأشخاص المقربين لهم لتوفير الدعم والمساندة الكافية.

ومن العوامل التي تساعد على إيجاد الدافع لدى المسن والمحافظة عليها:

- مساعدة المسن للمحافظة على الأمل والتفاؤل.
- تحديد المتغيرات الجديدة حفاظا على الوقت والجهد والمعنويات.
- الاستفادة من جوانب القوة لدى المسن.
- تقسيم المشكلات والحاجات إلى أجزاء صغيرة يمكن التعامل معها والتحكم فيها.
- إعادة تعديل وتغيير الأهداف والواجبات عند الحاجة، وتوفير الدعم البيئي.

5. التفاوض بشأن الأهداف وتشكيل العقد:

بعد اتفاق الأخصائي الاجتماعي والمسن على طبيعة المشكلة والعوامل المؤثرة فيها يقوم الأخصائي الاجتماعي بالتفاوض معه على أهداف عملية المساعدة وأساليبها، وهذه العملية هي عملية مشتركة تهدف إلى تحديد حاجات المسن والجوانب التي تحتاج إلى تدخل وتغيير، كما تهدف إلى تحديد خطة التدخل وأساليب العمل لحل المشكلة والتغلب عليها.

وعملية وضع الأهداف هي الإستراتيجية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي لمساعدة عملائه في توضيح وتحديد أهداف عملية المساعدة، وتحديد

ما يريدون أو يأملون تحقيقه من خلال علاقة المساعدة، وتحديد الخطوات العملية اللازم اتخاذها لإنجاز الأهداف، وتحديد المدة الزمنية التي تحتاج إليها عملية تحقيق الأهداف.

وبعد الانتهاء من هذه العملية يقوم الأخصائي الاجتماعي والعميل بتشكيل محتوى العقد والذي يحتوي عادة على جوانب مرتبطة بموافقة كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل على أهداف عملية التدخل، والأنشطة والمهام المطلوبة لإنجاز هذه الأهداف والأدوار والواجبات والمسؤوليات المترتبة على كل منهما، وتحديد المدة الزمنية المقترحة للتدخل. ويعتبر العقد عاملا مهماً يساعد في توضيح أهداف عملية المساعدة والمتابعة والتقويم، كما يضفي أهمية لعملية المساعدة.

مرحلة التخطيط

تعد مرحلة التخطيط مرحلة وسيطة بين التقدير والتطبيق، وهي مرحلة بناء الهيكل العام لعملية المساعدة، وتهدف إلى ترجمة المعلومات والحقائق التي تم الحصول عليها في مرحلة التقدير وصياغتها وتنظيمها وتبويبها وفقاً لنوع المشكلة ودرجة صعوبتها بحيث يتم استخدام هذه الصياغة الجديدة لإحداث التغيير، وتنتهي عملية التخطيط بقيام الاخصائي بوضع مجموعة من الأهداف العامة والخاصة التي تعبر عن احتياجات المسن بعد وضعها في صورة أولويات وتتبعها مرحلة التطبيق والتي تسمى التدخل المهني.

وتتضمن مرحلة التخطيط مجموعة من الخطوات المتتابعة يمكن حصرها فيما يلي:

1. تحديد الأنساق.
2. تحويل المشكلات إلى احتياجات.

3. وضع أهداف التدخل المهني.
4. صياغة العقد المهني.

1. تحديد الأنساق

تعد مشكلة العميل حصيلة للتفاعل بين مجموعة من الأنساق بحيث يساهم كل نسق بقدر معين في ظهور المشكلة وتطورها، فعلى سبيل المثال نجد أن مشكلة كيفية قضاء وقت الفراغ للمسن ربما تتعلق بنسق المسن نفسه، ونسق الأسرة، ونسق العادات والسلوكيات وأساليب التنشئة الاجتماعية التي مر بها، ونسق الجماعة في إطار ارتباطه بمجموعة من الأصدقاء، ونسق المؤسسة بقوانينه وأنشطته وبرامجه في حال ما إذا كان المسن المقيم بدار الرعاية، وأخيراً نسق المجتمع في إطار القيم والممارسات السائدة فيه ونظرة المجتمع للمسن، وسائل الإعلام...الخ.

لذلك من الضروري التعرف على الأنساق المرتبطة بمشكلة العميل ومدى مساهمة هذه الأنساق منفردة أو متضافرة في إحداث المشكلة، ويترتب على ذلك تنظيم اختيار الأهداف تمهيداً لمرحلة التطبيق.

2. تحويل المشكلات إلى احتياجات

ترجع أهمية هذه الخطوة إلى أن مشكلات المسنين غالياً ما تحدث كنتيجة للنقص في الاحتياجات والموارد الضرورية وهي لا تقتصر على الاحتياجات المادية والاقتصادية بل تتضمن الاحتياجات الاجتماعية والنفسية المرتبطة بعمليات النمو الإنساني، ومن هنا فان تحويل مشكلات المسنين إلى احتياجات تتطلب من الاخصائي إشراك المسن في تحديد المصادر التي سوف يتم العمل على

إشباع الاحتياجات بالاعتماد عليها وهو ما يسهل وضع وتكوين الأهداف على أسس سليمة.

3. وضع أهداف التدخل المهني

يعتمد نجاح عملية المساعدة ونتائج التدخل المهني بشكل كبير على الدقة والوضوح في تحديد الأهداف، فالدقة والوضوح يساعدان على اختيار نماذج التدخل المناسبة ومن ثم تحقيق التغيير المنشود.

وقد حذر العديد من المختصين من وضع أهداف تتسم بالعمومية والغموض أو الطموح الزائد وعدم الواقعية وقابلية التنفيذ، مما قد يؤدي إلى التوصل إلى نتائج سلبية تقلل من ثقة المسن في الأخصائي بشكل خاص وعدم الثقة في أنشطة الخدمة الاجتماعية بشكل عام.

وهناك شروط يجب مراعاتها عند القيام بوضع الأهداف هي:

أ. تحديد الأهداف بصورة علمية دقيقة، بحيث يمكن قياس حجم ومستوى التغيير المراد تحقيقه.

ب. إشراك العميل في وضع هذه الأهداف وفقاً لحاجاته ومشكلاته وقدراته مع ترتيبها في أولويات حسب أهميتها من وجهة نظره، الأمر الذي ينعكس على تعاونه وعدم مقاومته لها .

ج. صياغة الأهداف في إطار ما يجب تحقيقه وليس ما يجب إزالته وذلك لزيادة دافعية العميل نحو تحقيق التغيير المطلوب.

أنواع الأهداف

هناك أهداف عامة Primary Goals وأهداف فرعية Sub Goals، فالأهداف العامة تشير إلى تغيرات رئيسة يتم العمل على تحقيقها وهي لا توضح الأنشطة والوسائل التي يجب استخدامها لتحقيق التغيير، أما الأهداف الفرعية فهي عبارة عن تجزئة للأهداف العامة وتحويلها إلى أنشطة واضحة قابلة للقياس، فعلى سبيل المثال إذا كان الهدف العام هو تحسين العلاقة بين المسن وأقرانه من المقيمين في دار الرعاية فإننا يمكن أن نحقق ذلك من خلال تنفيذ مجموعة من الأهداف الفرعية هي:

- الحرص على تناولهم الوجبات الغذائية سوياً.
- الاستعانة ببعض أنماط المسنين (القنوع، الصبور) (*) لتسهيل عملية التواصل.
- استثمار المناسبات السارة للاحتفال بها لتعديل الحالة النفسية لهم.

4. صياغة العقد المهني

يتم الاتفاق بين الأخصائي والمسن حول الخطوات الواجب إتباعها خلال عملية التدخل المهني وهو ما يعرف بالتعاقد، مثل تحديد الأهداف العامة والفرعية، والوقت اللازم لتحقيقها، ومسئوليات كل من الأخصائي والأشخاص المشاركين في عملية التدخل المهني.

مرحلة التطبيق وإنجاز الأهداف

بعد الانتهاء من تشكيل العقد والاتفاق على مضمونه يدخل كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل في صميم عملية حل المشكلة وهي مرحلة

(*) لمزيد من التفصيل حول الأنماط الشخصية للمسنين انظر الفصل الثامن.

التطبيق وإنجاز الأهداف، أو مرحلة العمل والتغيير كما يسميها البعض. وتتضمن هذه المرحلة تحويل الخطط إلى أفعال، حيث يوحد المشاركون في عملية المساعدة جهودهم ومحاولاتهم ويعملون من أجل إنجاز الهدف أو الأهداف المتفق عليها. وتبدأ هذه العملية بتقسيم أو تجزئة الهدف إلى أهداف فرعية صغيرة يمكن التحكم فيها والتعامل معها، وإنجازها في وقت أقصر، وتحديد الأساليب والأعمال والمهام والأنشطة التي تساعد على تحقيقها.

مرحلة الإنهاء والتقويم

يقصد بالإنهاء: سلسلة من العمليات والإجراءات المنظمة التي تهدف إلى إنهاء علاقة المساعدة، وتتضمن الدعوة إلى تقويم العمل وتحديد الإنجازات، والحديث عن كيفية معالجة المشكلات المستقبلية، والحديث عن طرق الحصول على الموارد في المستقبل عند مواجهة مشكلات معينة.

وينبغي على الأخصائي الاجتماعي مراعاة مشاعر المسنين المرتبطة بهذه المرحلة والتعامل معها بطريقة مناسبة.

وتنقسم مشاعر المسنين على النحو التالي:

1. مشاعر سلبية: قد يشعر بعض المسنين بالغضب وعدم الرضا والإنكار ويقاومون هذه المرحلة بسبب ما لمسوه من فوائد وأحسوا به من تغيير في حياتهم، وعلى الممارس التعامل مع هذه المشاعر من خلال إتاحة الفرصة لهم للتعبير عنها، وتوضيح أسبابها، وقد تتسبب عملية إنهاء العلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والمسن في ظهور بعض المشاعر السلبية لديهم: كالخوف والقلق والحزن أو مقاومة عملية إنهاء العلاقة من خلال التظاهر بالحاجة إلى مزيد من الرعاية، لذلك فإنه على الأخصائي الاجتماعي

الاهتمام بهذه المرحلة والاستعداد لها عن طريق التنبؤ بتأثيرها على المسن، وإعداد وسائل تدخل ملائمة للتعامل معها .

2. مشاعر ايجابية: قد يشعر بعض المسنين بالسعادة والرضا نتيجة لما قاموا به من جهد وما حصلوا عليه من مكتسبات خلال عملية المساعدة وعلى الأخصائي الاجتماعي مشاركتهم هذه المشاعر والعمل على تعزيزها وتدعيمها.

وتتضمن مرحلة الإنهاء والتقويم أربع مهمات أساسية هي:

أ. تقدير الحاجة إلى إنهاء العلاقة والتخطيط لذلك.

ب. إنهاء العلاقة المهنية.

ج. التخطيط للمحافظة على المكتسبات والتغييرات الجديدة.

د. تقويم نتائج عملية المساعدة.

وتتأثر هذه العملية بعدة عوامل منها طبيعة عمل المؤسسة ونوعية الخدمات التي تقدمها، ونوعية المستفيدين أو العملاء، وشروط الاستفادة من الخدمة، وعوامل أخرى ترتبط بعلاقة الأخصائي الاجتماعي بالمسن.

وتنتهي العلاقة المهنية بمؤسسات رعاية المسنين في إحدى الحالات التالية:

- تحقيق أهداف عملية المساعدة.
- عدم رغبة العميل في مواصلة العلاج.
- نقص خبرة الأخصائي الاجتماعي وعدم القدرة على تقديم المزيد من المساعدات.
- التحويل إلى مؤسسة أخرى سواء أكانت اجتماعية، أم طبية.

- احتياج الحالة للتحويل لأخصائي نفسي أو طبي.... الخ.
- وفاة المسن.

وتنبغي الإشارة إلى أن إنهاء العلاقة المهنية عملية مشتركة بين كل من الاخصائي الاجتماعي والمسن في جميع الأسباب السابقة باستثناء حالة الوفاة.

أدوار الأخصائي الاجتماعي خلال مرحلة إنهاء العلاقة المهنية:

1. المحافظة على المكتسبات والتغييرات بعد انتهاء فترة العمل الرسمية الاهتمام من خلال الاهتمام بوضع الخطط المناسبة.
2. ترتيب لقاءات وجلسات لاحقة، تساعد على متابعة حالة المسن.
3. التمهيد لإنهاء هذه العلاقة من خلال التلميح إليها قبل بدايتها بوقت كاف بحيث تكون أكثر قبولا.
4. الاستجابة المباشرة لمشاعر المسن وإتاحة الفرصة له للتعبير عنها وتوضيح أسبابها ومواجهتها في حالة سلبيتها، كما أنه من الأهمية بمكان تقبل الأخصائي الاجتماعي لهذه المشاعر وإبداء اهتمامه بها.
5. الإشادة بكل ما بذله المسن من جهود ومراجعة جميع الانجازات والتركيز على الأدوار التي قام بها المسن.
6. تحويل الحالة إذا اقتضت الضرورة.
7. تقويم نتائج العمل وتحديد درجة فعالية وكفاءة أساليب التدخل المهني لتحديد عوامل النجاح والفشل.
8. رصد الأداء الوظيفي للمسن بعد انتهاء المرحلة وعلاقاته بالأشخاص الآخرين المحيطين به، وبالمجتمع.

الوسائل التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي للقيام بعملية التقويم:

تتعدد الوسائل التي يستعين بها الأخصائي الاجتماعي للقيام بعملية التقويم منها على سبيل المثال:

أ. السجلات والتقارير المختلفة والمستخدمة في المؤسسة.

ب. نموذج المراقبة الذاتية وهو نموذج يساعد الأخصائي الاجتماعي في التعرف على درجة تطبيقه للأسس العلمية من مبادئ وطرق وأساليب وأنشطة، ومعرفة جوانب النقص في تطبيق هذه العناصر.

ج. مقياس تحقيق الأهداف وهو مقياس يحتوي على مجموعة من الأسئلة التي تهدف إلى التعرف على الأسلوب المتبع في وضع الأهداف، ومدى وضوحها وواقعيتها ومرونتها، وارتباطها بمشكلة العميل وحاجاته الفعلية، ومدى ملائمة الأساليب المقترحة للتدخل، ومدى ملاءمة الوقت المخصص لعملية المساعدة.

د. سجل تدوين تقدم أو تطور العمل وهو مقياس يساعد في التعرف على درجة تطبيق الأخصائي الاجتماعي لسجلات تطور العمل مع الحالة، ومدى ملاءمة محتوى هذا السجل لأهداف عملية المساعدة، والوقت المخصص للعمل.

ه. دليل ملاحظة السلوك: لمراقبة التطورات والتغيرات التي طرأت على المسن وعلاقاته وتفاعلاته مع المحيطين.

و. الاستبيانات: لتحديد الاحتياجات وتقويم العمل لتحديد الصعوبات والمعوقات.

ز. المقابلات: لاستيفاء المعلومات المطلوبة والتمكن من استخدام مؤثرات الاتصال المباشر وجهاً لوجه لتقدير مشاعر المسن المرتبطة بإنهاء العلاقة.

مراجع الفصل الثالث

1. أبو النصر، مدحت محمد (2009): فن ممارسة الخدمة الاجتماعية، الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
2. جلال الدين غزاوي: مهارات الممارسة في العمل الاجتماعي (1996): ذات السلاسل، ط2، الكويت.
3. حسين حسن سليمان، هشام سيد عبد المجيد (2005): الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
4. حسين حسن سليمان، هشام سيد عبد المجيد: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الجماعة والمؤسسة والمجتمع، 2005، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت.
5. سالم، سماح سالم (2014) مهارات الأسرة والطفل وطرق التطبيق، دار الثقافة، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية.
6. الشربيني، لطفي عبد العزيز (د. ت): أسرار الشيخوخة مشكلات المسنين وكيفية علاجها، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
7. الصباحي، إبراهيم بن سالم؛ ورسلان، محمود يوسف (1429 هـ-2008م): سيكولوجية كبار السن، حقوق النشر للمؤلفين، الهفوف، المملكة العربية السعودية.

8. عبد المنصف حسن علي رشوان، محمد بن مسفر علي القرني (2004) : المداخل العلاجية المعاصرة للعمل مع الأفراد والأسر، مكتبة الرشد، الرياض.

9. عبد المنصف حسن علي رشوان (2008): ممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال الأسرة والطفولة "اتجاهات نظرية- حالات وبحوث تطبيقية"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

10. محمد عبد الفتاح محمد: ظواهر ومشكلات الأسرة والطفولة المعاصرة من منظور الخدمة الاجتماعية، 2009، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

11. مدحت أبو النصر: فن ممارسة الخدمة الاجتماعية (2009): دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة.

12. منصور، رشدي فام (2000): علم النفس العلاجي والوقائي رحيق السنين، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.

13. الميلادي، عبد المنعم (2002): الأبعاد النفسية للمسن، مؤسسة شباب الجامعية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.

14. Lawrence Shulman (2006): The Skills of Helping Individual, Families, Groups, and Communities, Thomson Learning Inc, Australia.

الفصل الرابع

النماذج والنظريات المفسرة لرعاية المسنين

الفصل الرابع(*)

النماذج والنظريات المفسرة لرعاية المسنين

مقدمة

يهتم الباحثون والممارسون للخدمة الاجتماعية بإجراء الدراسات والبحوث في مجال رعاية المسنين لتحسين مستوي الخدمات المقدمة لهم، ولدراسة الظواهر والقضايا الحديثة في هذا المجال، ولكي تتسم هذه الدراسات بالدقة والموضوعية ينبغي أن ترتكز بشكل انتقائي على نظريات ونماذج الممارسة المهنية حسب الموضوع أو القضية التي يتم دراستها حيث تقدم النظرية للباحثين فهم وتفسير واضح لمتغيرات موضوع الدراسة. لذلك سوف يتناول هذا الفصل النماذج والنظريات المفسرة لرعاية المسنين موضحاً أهمية التنظير للممارسة المهنية معهم وتعريف النظرية الاجتماعية وتحديد منطلقاتها المفسرة لرعاية المسنين وعرض أهم النظريات المفسرة لرعايتهم ونماذج الممارسة المهنية في مجال رعايتهم وتقديم عرض تفصيلي لنموذج الممارسة العامة المتقدمة لتحقيق العدالة الاجتماعية من خلال منح القوة (تمكين) المسنين الضعفاء.

أولاً: أهمية التنظير للممارسة المهنية مع المسنين

على الرغم من قدم وتراكم المعرفة عن ظاهرة الشيخوخة إلا أنها في مجملها انطباعات شخصية لا تستند إلى ركائز منطقية أو منهجية، وهي في مجملها

(*) قام بإعداد هذا الفصل د/ سمر صبحي.

اجتهادات شخصية تولدت من واقع التجربة الحياتية، بينما تختلف النظرية عن الانطباعات الشخصية في كون بناء النظرية محاولة واعية منهجية موضوعية لتفسير حدث من الأحداث أو ظاهرة من الظواهر ومحاولة الإجابة على سؤال جوهري هو لماذا حدثت هذه الظاهرة بهذه الصور أو الكيفية؟

النظرية العلمية بما فيها النظرية الاجتماعية تستند على مجموعة مترابطة من المعطيات المنطقية أي الفرضيات، وكل فرضية من هذه الفرضيات قابلة للاختبار من خلال البحث والتجريب، هذه الفرضيات يمكن أن تكون معطيات مستمدة من المعرفة الموجودة فعلاً أو عبارة عن تنبؤات مستمدة من المعرفة.

كما أن النظرية الاجتماعية مهمة جداً في بناء وتراكم المعرفة، النظرية الاجتماعية أين ما وظفت تساعد على تنظيم تراكم المعرفة، وبالتالي تمدنا بنظرة شاملة منطقية موضوعية للظواهر الاجتماعية والأحداث الحياتية. دون النظرية الاجتماعية تكون النظرة لهذه الظواهر غامضة جزئية، كما تبرز أهمية النظرية الاجتماعية في كونها دليلاً ومرشداً للباحث في تقصي الظواهر الاجتماعية، والنظرية الاجتماعية في نهاية الأمر تعطي تصوراً شاملاً للظاهرة الاجتماعية يمكن التحقق من صحته أو بطلانه بالإضافة إلى أنها تساعدنا في التنبؤ بما سوف تكون عليه الظاهرة الاجتماعية في المستقبل. (العبيدي، إبراهيم بن محمد، 1423 هـ - ص ص48 - 49)

وخدمة المسنين من أولى الخدمات التي تتطلب ممارسات مقننة محسوبة بحسابات نظرية وموضوعية نظراً لحساسيتها الشديدة لأخطاء الممارسة العشوائية وما قد يترتب عليها من نتائج خطيرة قد تهدد سلامة المسن وآمنة الاجتماعي.

ومن ثم فقد حدد المؤتمر القومي للخدمة الاجتماعية سنة 1974 في شيكاجو قواعد ملزمة لممارسة العمل مع المسنين فيما يلي:

1. لا ممارسة بدون نظرية عامة تحدد مسار وأهداف التدخل المهني.
2. للمسنين نظريات خاصة ونماذج متميزة تراعي عند الممارسة.
3. الخدمة الاجتماعية للمسنين لا تخضع لمسميات الطرق وتصنيفاتها بل هي خدمة اجتماعية شمولية Generic social تدعما نظرية عامة ونماذج خاصة.
4. الخدمات الارتجالية والعشوائية هي ضرب من التخبط وعقيمة النفع.

وقد حدد فرانسيس تيرنر F.Turner النقاط التالية لتحديد أهمية التنظير:

1. النظرية صمام أمن يؤكد فاعلية الممارسة.
2. النظرية تمنح الممارس المهني الأمن والأمان والثقة في أدائه.
3. النظرية تفيد في إكساب الممارسة صيغة خاصة لتسمح بإجراء البحوث الميدانية لتقويمها تقويماً يحدد نقاط القوة والضعف.
4. تأسيساً على ذلك فإنها تمثل نواة لاستخلاص نظريات جديدة تعدل أخطاء النظريات الأولى.

أما الخصائص الخاصة بعالم المسنين والتي تدعو دائماً إلى استخدام النظرية أو النموذج فقد حددها تشارلز زاسترو Ch. Zastrow في:

أ. عالم المسنين عالم فريد في احتياجاته كشريحة عمرية خاصة، لا يمكن أن يتماثل مع أي شريحة أخرى، لتمايز الأماني والقدرات والآلام والأوضاع الاجتماعية والعملية والنفسية، وقد وصفه هافينجارت Havigart بأنه: عالم التأمل والآلام والعزلة وافتقاد المكانة وانتظار الموت.

ب. تنظير خدماتهم هو مظهر للوفاء الإنساني لأجيال حققت في الحاضر الجازات ينعم بها الصغار ورمزاً لقيمة الإنسان في كل زمان ومكان.

ج. تنظير خدماتهم يجب أن يكون تنظيراً شمولياً يشمل كافة مطالب الحياة: الصحية والإسكانية والاجتماعية والنفسية والترويحية بل والعقلية.

د. ضرورة توفير موارد خاصة لإشباع هذه الاحتياجات التي نُظرت وإلا أصبح التنظير خيالياً ويصبح في عالم الأوهام.

ه. تنظير العمل مع المسنين لابد وأن يكون تنظيراً مرناً سلساً قابلاً للتطويع والتجزئة وليس فورمة Formula جامدة تطبق بكلياتها عليهم. (عثمان، عبد الفتاح وآخرون، 1996، ص ص 240 – 241)

ثانياً: تعريف النظرية الاجتماعية

ضاعت النظرية الاجتماعية بين منكر لأهميتها ومؤيد لها، واعتبرها البعض تركة فلسفية، فيما وقفها الآخرون على العلوم التطبيقية، وغاب عن بصر هؤلاء أن تقدم العلوم الاجتماعية إنما يعتمد، – إلى حد ما – على ما لديها من نظريات اجتماعية واضحة وقائمة على التجارب العلمية والخبرات الاجتماعية.

إن التقدم النظري هو من قرائن التقدم العلمي، وما لم تتقدم النظرية الاجتماعية، وتتجرد المعرفة في صيغة قوانين علمية، فإن البحوث الاجتماعية يصبح نوعاً من العبث والفضول العلمي.

وغني عن البيان أن منطق النظرية في العلوم التطبيقية أكثر وضوحاً وتحديداً منه في العلوم الإنسانية، ذلك أن العلوم الإنسانية علوم تكوينية، تحفل ببناء وتكوين الإنسان في ضوء فلسفة المجتمع وتوجهاته، وهذا ما يجعل فلسفة العلوم

تختلف من مجتمع لآخر، ومن حين لآخر، في حين أن منطق العلوم الطبيعية لا يتأثر بالظروف الزمانية والمكانية.

إزاء هذا الغموض الذي يكتنف مفهوم النظرية فلا مناص من طرح السؤال عن ماهية النظرية الاجتماعية، وعن الأسئلة التي تطرحها النظرية، وتلك التي نستطيع نحن طرحها على النظرية، وعن رؤيتها للحياة، وعن فهمها للعلاقة بين الإنسان والعالم، أو بين الذات والموضوع، فكل نظرية معنية بهذه العلاقة، وعن علاقة الفرد بالمجتمع، وعن القضايا التي تركز عليها، أو تتجاهلها، وعن نقاط القوة والضعف فيها، وعما يميزها عن غيرها من النظريات، وعن علاقة الإنسان بالمجتمع بوصفها القضية النظرية المركزية، وعن المدخل إلى علاقة الفرد بالمجتمع، فهل الفرد هو المفهوم المركزي، الذي تتمخض عنه كل أشكال المجتمع، أم أن المجتمع هو الذي يحدد صورة الفرد، أم أن وحدة وظيفية تقوم بينهما، وبالنظر إلى ذلك فقد تنوعت تعريفات النظرية الاجتماعية باختلاف المدارس والاتجاهات، لكنها تتراوح بين الاتجاهين النظري والإمبريقي (التجريبي)، أو بين النظرية كرؤية شاملة للمجتمع، وبينها كدراسة إمبريقية لمشكلة محددة، فالنظريات أقرب ما تكون إلى وجهات النظر العامة، التي لا تستند على أساس إمبريقي، بل فلسفي، وتعرف هذه النظريات بالنظريات الكبري (Macro theories) للمجتمع، تلك التي تتناول البنى والمؤسسات الاجتماعية والجماعات والطبقات الاجتماعية، والمجتمعات، وتغيرها الاقتصادي والثقافي والاجتماعي، كنظرية أبن خلدون وأوجست كونت وسبنسر وبارسونز.

أما النظريات الصغرى (Microtheories) فتركز على الأفراد وتفاعلاتهم وهناك شكل آخر من أشكال النظرية يتخذ طابع الصياغة اللفظية لفرضيات

ومسلمات عامة، وفرضيات، ومتغيرات مستقلة، ومتغيرات تابعة، وتحديد الدليل الخاص بالتحقق الإمبريقي" ويصدق ذلك على دراسة دور كايم عن الانتحار.

أما عالم الاجتماع الألماني رتسرت (Ritzert) فيقول "إن النظرية قانون عام، إنها تشبه القانون، ذلك أن النظرية والقانون يقومان على قاسم مشترك، وهو أننا نطلق مصطلح نظرية على الفرضيات التي تم اختبارها، إن النظرية قانون، بمعني أنها تعميم اختبر عن طريق الملاحظة والتجربة، وغالباً ما يحدث الالتباس بين مصطلحي القانون والنظرية، فنتحدث تارة عن قانون الجاذبية وأخرى عن نظرية الجاذبية" وإن النظرية تشبه القانون، غير أنها تختلف عن القانون من ناحيتين، الأولى هي أن النظرية أكثر شمولاً من القانون، بمعنى إن علاقة القانون بالنظرية هي علاقة قانون خاص بعام، والثانية هي أن النظرية تقوم على عدة قوانين خاصة، يمكن اختزالها إلى قانون عام، فالنظرية هي إذن اختزال لعدة قوانين خاصة في قانون عام".

ويصدق هذا التعريف على البحوث الاستقرائية القائمة على ملاحظة الواقع، واستقراء قوانينه الخاصة، واختزالها إلى قوانين عامة. (عرابي، عبد القادر، 2003، ص ص13- 16).

ثالثاً: الوظائف التي تؤديها النظرية متنوعة وعديدة

وسنعرض لأهم تلك الوظائف فيما يلي:

1. النظرية وسيلة مهمة لوضع وتفسير ونقد توحيد القوانين وتعديلها لتتناسب مع البيانات، بالإضافة إلى التوجيه لاكتشاف قوانين وتعميمات جديدة وأكثر قوة.

2. من أهم وظائف النظرية التوصل إلى بناء يفسر العلاقات بين فئات الوقائع... والنظرية المشتقة Theorem مقيدة في الوصف والتفسير والضبط في سياق الوقائع التي تدور حولها النظرية.

3. بالرغم من أن معظم النظريات تستخدم في علم الاجتماع لأغراض التوجيه أو المساعدة على الكشف فإن القليل منها يمكن التنبؤ أو الضبط بواسطته، ومع ذلك فإن النظريات يمكن أن تفيد كموجهات للبحث. لذا فالنظريات تزودنا بالتوجيه من أجل التمييز بين الظواهر الملائمة وغير الملائمة.

4. تساعد النظريات على تحديد الشروط أو (الظروف) التي تعوق عملية التفسير والشروط التي تجعل هذه العملية ناجحة.

5. توصي النظريات بتطبيقات أخرى لأنساق التفسير ففي تفسير عوامل الجريمة مثلاً وجد أن هناك ظواهر أخرى مماثلة من حيث نمط تكرارها كالطلاق، والبطالة والانتحار... الخ.

6. تقوم النظريات أيضاً بالكشف سواء عن القوانين الخاصة أو الظواهر فالمبادئ والنظريات تستخدم كمقدمات في المنهج الاستنتاجي فقد يحدث أن يهتدي الباحثون في أحيان كثيرة إلى الكشف عن بعض الظواهر المجهولة أو القوانين الخاصة.

7. يرى بعض علماء الاجتماع أن أهم وظائف النظرية تتمثل في تقنين المعرفة وضبط التحيز في الملاحظة والتفسير.

8. تستخدم النظريات لتصنيف الظواهر إذ أن من العسير على الباحث استخدام نظرية واحدة أو مبدأ واحد لتفسير جمع الظواهر التي تدرسه في أحد العلوم، لذا تستخدم النظريات هنا لتصنيف الظواهر في مجموعات

متشابهة وتشترك عدة نظريات في تفسير مجموعة واحدة من الظواهر.... وتقوم النظريات هنا بتصنيف الظواهر وعزلها تماماً تمهيداً لفهمها والكشف عن قوانينها.

9. تعمل النظريات على تنظيم المعلومات وتركيزها ويعود ذلك إلى أن الباحث يقوم بجمع الوثائق وتقريب الحقائق أو القوانين ومن متطلبات تخصصه حيث يتعذر عليه الإحاطة بجميع التفاصيل لكثرتها، لذا وجب عليه التخصص مع الاعتماد على بحوث وتجارب الآخرين، وكلما زاد التخصص أصبح من الضروري تنظيم الحقائق التي تكشف عنها مختلف فروع البحث ويتطلب ذلك وضع بعض الآراء العامة التي تنظم جميع القوانين المعروفة وتبين العلاقات بين مختلف الظواهر، والآراء العامة هي النظريات والمبادئ التي تستخدم إما لوضع القوانين الاستقرائية أو المقدمات شديدة العمومية لتستنبط منها القوانين بطريقة الاستنتاج الرياضي.

10. يرى زيتربرغ H.Zetterberg أن مهمة النظرية تتمثل في صياغة الحد الأدنى من التعريفات والفروض التي يتطلبها الوصف والتفسير في موضوعات علم الاجتماع.

11. يرى يثوددورسون ويثودورسون G.Theodorson and A.theodorson أن النظرية في علم الاجتماع تعطينا تفسيرات متسقة وتنبؤات عن طبيعة وأنماط وديناميات التفاعل الاجتماعي الإنساني، حيث تعمل النظرية على دمج الملاحظات والرؤى الفردية حول الحياة الاجتماعية في بناء مترابط منطقياً.

12. تضع النظرية أساساً من المعرفة والمنهج لضبط الأوضاع الاجتماعية في ضوء شروط معينة.

13. يقدم بناء النظرية أطراً تصورية تسهل الملاحظة الصحيحة والوصف الموثوق به للوقائع الاجتماعية.

14. تتيح لنا المفاهيم الرئيسية في النظرية رؤية جوانب مهمة من الحقيقة الاجتماعية التي قد يفوتنا إدراكها بوسائل أخرى، فالمفاهيم هي الخطوة الأولى الضرورية في فهم الظاهرة الاجتماعية وتحليلها.

15. تفيد النظرية في تحديد العلاقات بين مجموعات المتغيرات عن طريق تحديد افتراضات حول العلاقات بين هذه المتغيرات. (الصالح، مصلح، 2000، ص 88 – 91)

وعلى ذلك فالنظرية العلمية هي: "نسق فكري استنباطي متسق حول ظاهرة أو مجموعة من الظاهرات، يحوي – أي النسق – إطاراً تصورياً ومفهومات وقضايا نظرية توضح العلاقة بين الوقائع وتنظمها بطريقة دالة وذات معنى، كما أنها ذات بعد إمبريقي بمعنى اعتمادها على الواقع ومعطياته، وذات توجه تنبؤي يساعد على فهم مستقبل الظاهرة ولو من خلال تعميمات احتمالية" (عبد المعطي، عبد الباسط، 1995، ص 10).

كما أن النظرية: هي فرض أو مجموعة فروض مرت بمرحلة التحقق عن طريق التجريب ويمكن تطبيقها على عدد من الظواهر المتصلة ولها القدرة على وصف وتفسير الأحداث والتنبؤ بها واستبصار المعرفة الجديدة المحتملة.

من هنا وضع العلماء للنظرية العلمية شروطاً منها:

1. أن تكون مكوناتها واضحة ومحددة الألفاظ والمعاني والمضامين.

2. أن تعبر عما تشتمل عليه النظرية بإيجاز تعبيراً يوضح هذه المشكلات، ويبين حرص النظرية عموماً، وأهداف كل مكون من مكوناتها تخصيصاً.

3. أن تكون النظرية شاملة بقدر الإمكان للجوانب التي قد تنطوي عليها بما في ذلك وصف وتحليل وتفسير الحقائق المعنية.
4. أن تكون متفردة في موضوعها ومشروعها التفسيري، بمعنى ألا تكون هناك نظرية أخرى تدرس نفس الموضوع.
5. أن تكون للنظرية أرضية واقعية بمعنى أن تعتمد في صياغتها على ملاحظات ودراسات واقعية من ناحية، وأن تكون قابلة للاختبار العلمي من ناحية أخرى.
6. القدرة على التنبؤ بحيث لا تقف عند مجرد الوصف والتفسير، لأن قدرتها على التنبؤ تزيد من قوتها من جانب، وتساعد العلم كي يقوم بدوره المجتمعي الإنساني من ناحية أخرى. (الغريب، عبد العزيز بن علي، 2009م، ص ص 36 – 37).

وبناءً على ما سبق يمكن تحديد مفهوم النظرية الاجتماعية بشكل عام في: "أنها عبارة عن إطار فكري شامل، يهدف إلى تحديد العلاقات بين مجموعة من الفروض أو المفاهيم حول ظاهرة من الظواهر، وصياغتها بشكل منطقي لعرض تفسير الظاهرة محور الاهتمام".

رابعاً: منطلقات النظرية الاجتماعية المفسرة لرعاية المسنين

انطلقت النظريات الاجتماعية من خلفيات فلسفية وفكرية مختلفة تراوحت من ناحية بين التفاؤل والتشاؤم في وضع كبار السن، نجد حالة التفاؤل والتشاؤم هي السمة الغالبة على بعض التوجهات النظرية، كما في نظرية النشاط والنظرية الاستقرائية، ونظرية الدور، ونظرية الاختيار، ونجد حالة التشاؤم هي السمة الغالبة على بعض التوجهات النظرية، كما في النظرية

الانفصالية، كما تراوحت من ناحية أخرى بين الشمولية، وهو ما نجده في نظرية التحديث وبين الخصوصية، كما نجده في نظرية الدور ونظرية النشاط والنظرية الاستمرارية، لقد حدد بوم وبوم (Baum & Baum, 1980) ثلاثة منطلقات رئيسية للنظريات الاجتماعية في مجال الشيخوخة، والتي تعكس الخلفيات الفلسفية، والنظرة العامة لكبار السن في العصر الحديث، وخاصة في المجتمعات الصناعية المتقدمة التي واجهت بشكل حقيقي مشكلات كبار السن، هذه المنطلقات الثلاثة يمكن أن تنطوي تحتها جميع النظريات الاجتماعية نوجزها على النحو التالي:

1. المنطلق الأول: القائل بمبدأ التخلي Abandonment عن كبار السن، وينظر إليهم في العصر الحديث من خلال هذا المنظور إلى أن الفائدة منهم قد استنزفت، وأصبحوا أقل نفعاً، كما أن المجتمع لم يعد بحاجة إليهم، فهم من الناحية الاجتماعية نمط قديم، لم يعد مجارياً للعصر الذي يعيشون فيه، ومن الناحية الاقتصادية فلم يعد الآخرون بحاجة لما يقدمونه، وهذا هو سبب التخلص منهم، وأساس هذا المنطلق أن المجتمع الحديث لم يعد بحاجة إلى كبار السن، كما أنهم قد فقدوا مصادر القوة التي كانوا يملكونها والامتيازات التي كانوا يتمتعون بها، ونتيجة لهذا فلا بد من أن يعانوا نوعاً من الحرمان.

والتوظيف الواضح لهذا المنظور أنه ما لم يحدث تغير جذري للبناء الاجتماعي في المجتمعات المعاصرة، فإن الحرمان سيظل مصير كبار السن، ويتبنى هذا التوجه النظرية الانفصالية.

2. المنطلق الثاني: التحريري (Liberation) حيث يعارض هذا الاتجاه القائل بمبدأ التخلي، ويركز على نظام التقاعد، مؤكداً السمات التالية لهذا النظام:

أ. إن نظام التقاعد ظاهرة حديثة جاءت نتيجة للتطور الصناعي في أوربة ولم تعرفه المجتمعات القديمة بهذه الصورة وهذا الشكل من التنظيم، ومن أهم العوامل التي ساعدت الدول الصناعية على تحقيق هذا النظام هو ما حققته من فائض اقتصادي.

ب. إن التوقعات المرتبطة بحياة مرحلة التقاعد قد بدأت تأخذ منحى جديداً يتسم بالأمل والتفاؤل، وليس باليأس والقنوط.

ج. إن نظام التقاعد الحديث عن العمل قد أصبح مرحلة من مراحل عمر الإنسان، فالفرد من خلال هذا النظام يحال إلى التقاعد لبلوغه عمراً معيناً، أو لأنه عمل العديد من السنوات، وليس بسبب ما يعيقه عن أداء عمله من عجز أو مرض، ونظام التقاعد في المجتمع المعاصر يخول كبار السن تقاضي مبالغ من المال والتمتع ببعض الامتيازات التي تمكنهم من العيش في مستوى اقتصادي ملائم طيلة فترة شيخوختهم وحتى الوفاة، فالتقاعد من هذا المنظور قد حرر كبار السن من عالم العمل، وهو أيضاً امتياز اقتصادي واجتماعي ونفسي، استحقه الفرد لبلوغه سناً معيناً، أو لعمله عدداً من السنوات أهلته لهذه الامتيازات.

3. المنطلق الثالث: التعاضد غير المتزامن (Diachronic solidarity): ويركز على الطريقة التي يتم من خلالها تمويل الضمان الاجتماعي خاصة في الدول الصناعية، فالضمان الاجتماعي من هذا المنظور يؤدي إلى خلق نوع من التعاضد غير المتزامن بين الأجيال حيث يقوم من هم في سن العمل والإنتاج بدفع مبلغ من دخولهم والتي توظف في الصرف على كبار السن، ويعتمد الشباب في هذه المجتمعات لقبول هذا النظام لإدراكهم أنهم، بعد أن يبلغوا

سنا أكبر، سوف يقوم بالصرف عليهم شباب الجيل التالي، وهكذا يمثل نظام الضمان الاجتماعي حلقة وصل بين الأجيال على أساس داع للحقوق والواجبات، ويؤدي هذا التواصل إلى تعاضد لا متزامن بين الأجيال. (العبيدي، إبراهيم بن محمد، 1423 هـ، ص 54 – 56).

خامساً: النظريات الاجتماعية المفسرة لرعاية المسنين

تعددت النظريات الاجتماعية المفسرة لرعاية المسنين وسوف نعرض لأهم تلك النظريات فيما يلي:

1. نظرية الدور.
2. نظرية الانسحاب (النظرية الانفصالية).
3. نظرية النشاط.
4. النظرية الاستمرارية.
5. النظرية التبادلية.
6. نظرية الأزمة.

1. نظرية الدور

هي نظرية صاغها علماء الاجتماع لتسهم في تحديد مشكلات الفرد وتنتمي هذه النظرية للمدرسة البنائية الوظيفية في علم الاجتماع التي ينعكس إرجاع تاريخها إلى الرواد الأوائل لهذه المدرسة، ولعلم الاجتماع كلية، ومنهم أوجست كونت ودور كايم وغيرهما، كما تحدث عنها بارسونز ورالف وميرتون، وتنصب نظرية الدور على دراسة موضوعات متعددة مثل: أدوار

الأفـراد، والأسـر، والجماعـات الـصغيرة، والتوافـق الاجتمـاعي والتنـشئة الاجتماعية.

وتشير النظرية إلى أن المشكلة الفرديـة تحـدث عنـدما يفـشل الفـرد في أداء دورا أو أكثر من أدواره الاجتماعية أو عندما يحدث صراع بين هذه الأدوار.

وترى نظرية الدور أن المجتمع هو مجموعة من العلاقات المعقـدة والمترابطـة بين الأفراد المنتمين لهذا المجتمع، وهذه العلاقات تنبع من احـتلال أفـراد المجتمـع لمكانات معينة تحتم عليهم أدواراً معينة تختلف من فـرد لآخـر، وتتـضمن نظريـة الدور العديد من المفاهيم الأساسية وهي:

أ. تكامل الدور: وذلك عندما يتطابق السلوك والتوقعات مـع توقعـات المحـيط الاجتماعي للفرد.

ب. صراع الأدوار: وذلك عندما تتعارض الأدوار المختلفة ولا تتفق مع بعـضها البعض لدى الشخص.

ج. الصراع الخارجي للدور: وذلك عندما لا تتفق توقعات النـاس حـول نفـس الدور الذي يشغلونه.

د. مسافة الدور: أي المدى الذي لا يتجاوزه الفرد في علاقته مع الآخر في أدائـه لدوره.

ه. تغير الأدوار: من خلال مراحـل الحيـاة، وأهمهـا مرحلـة المراهقـة ومرحلـة الشيخوخة. (الغريب، عبد العزيز بن علي بـن رشـيد، 2005، ص ص 151 – 152)

كما ترتكز نظرية الدور على أساس أن الأفراد يلعبون أدواراً اجتماعية مختلفة، على امتداد حياتهم، وهذه الأدوار تجعل الفرد كائناً اجتماعياً، كما أن هذه الأدوار هي الأساس التي من خلالها يتكون مفهوم الذات، وعادة ما تتشكل هذه الأدوار حسب المراحل العمرية في حياة الفرد، بحيث يرتبط كل دور أو مجموعة من الأدوار الاجتماعية، بمرحلة من مراحل الحياة أو بفترة عمرية معينة.

وتتلخص نظرية الدور في مجال الشيخوخة بمقولتها، إن قدرة الفرد على التكيف لمرحلة الشيخوخة، تعتمد على قدرته، لتقبل التغير الذي يطرأ على أدواره الاجتماعية في مرحلة الشيخوخة.

من هذا المنطلق عادة ما يواجه كبار السن مجموعة من مشكلات الدور، فمع التقدم في العمر، يفقد الأفراد كثيراً من الأدوار التي لعبوها في ماضي حياتهم، تفوق ما يكسبونه من أدوار جديدة، كما أن ما يفقده كبار السن من أدوار عادة لا يكون في إمكانهم استرجاعها، ففقدان العمل بالتقاعد الإجباري، لا يمكن في معظم الأحوال ولمعظم كبار السن، أن يستعيدوا أعمالاً جديدة تعوض ما فقدوه من أدوار، وبما أن الأدوار الاجتماعية هي الأساس الذي يرتكز عليه مفهوم الذات لدى الفرد، فإن فقدان أو تقليص الأدوار الاجتماعية، يمكن أن يؤدي إلى هزة عنيفة في هوية الفرد وثقته بنفسه. (العبيدي، إبراهيم بن محمد، 1423، ص 57 – 59)

2. نظرية الانسحاب (النظرية الانفصالية)

تعد هذه النظرية هي النظرية الوحيدة التي صيغت أصلاً لوصف ظاهرة الشيخوخة وتفسيرها في المجتمع الحديث ففي عام 1960 نشر كمنج وهنري

كتابهما (Growing old) مضمنين هذا الكتاب النظرية الانفصالية، والتي تتناول الجوانب الاجتماعية والنفسية لكبار السن. (المرجع السابق، ص 62 - 63)

وتنص النظرية على أن الشيخوخة الناجحة تتضمن الانسحاب التدريجي من السياق الاجتماعي مع ميل مواكب له من الآخرين لنقص عمليات التفاعل بين المسن والآخرين من أفراد المجتمع داخل النسق الاجتماعي الذي ينتمي إليه المسن، وخفض درجة التفاعل معهم، حيث أنها تؤكد على أن التوازن النفسي في مرحلة الشيخوخة يرتكز على السلبية التي تتيح لصاحبها أن ينسحب بالتدريج من مجالات الحياة وهذه العملية تعمل على ثلاث مستويات:

- المستوى الأول: من الناحية الاجتماعية

يجب على المسن أن يترك مجال الدور الذي لم يعد يستطيع العمل فيه بكفاءة وذلك لكي يفسح المجال لمن هم أصغر منه سناً للقيام بما كان يقوم به المسن من أدوار.

- المستوى الثاني: وبالنسبة للفرد

فإن فك الارتباط وسيلة للمحافظة والتوازن بين الطاقة الخاضعة للسن من جهة ومتطلبات شركاء الدور من جهة أخرى.

- المستوى الثالث: وبالنسبة للناحية النفسية:

فهو يشير إلى المحافظة على الجوانب العاطفية للمسن ليتمكن من التركيز على استعداداته للموت وانتهاء حياته. (السنهوري، أحمد محمد، 2006، ص ص 24-25).

وقد قدم كل من هنري وكمنج (Henry and Cumming 1961) من خلال نظرية الانسحاب وصفاً لكيفية حدوث الشيخوخة الاجتماعية، كما في المراحل التالية:

أ. تغير في وظيفة الدور:وهذه المرحلة تبدو واضحة بنقصان الإنتاجية في العمل تصاحبه تغيرات في الاتجاه نحو العمل.

ب. فقدان الدور: ويظهر ذلك عند الإحالة للتقاعد، إذ يفقد المسن الدور الذي كان يقوم بتحقيق ذاته من خلاله، ويبد وذلك واضحاً عند الأرامل بعد وفاة أزواجهن وزواج الأولاد والبنات.

ج. نقص التفاعلات الاجتماعية وقلتها: فمع فقدان الدور نجد أن الاتصالات الاجتماعية تقل ومفهوم الذات يضمر وتنخفض الروح المعنوية وهذا النقص في التفاعلات الاجتماعية يحدث الاكتئاب وتدمير مفهوم الذات.

د. الحذر من قلة الوقت المتبقي من عمر الإنسان: ويشعر المسن أنه يعيش في الوقت الضائع وهذا يعني الاعتراف بقيمة الموت والاقتراب منه (الغريب، عبد العزيز، 2005م، ص 146).

وقد وجهت إلى هذه النظرية العديد من الانتقادات وتتلخص في:

- أن مسألة الانفصال التام بين المسن والمجتمع لا تحدث بهذه الكيفية، وهذا النمط في كافة المجتمعات لأن مسألة، الفروق الثقافية المجتمعية يجب أخذها في الاعتبار، وقد أشارت مثلاً دراسة أجراها "شانس وآخرون، 1968" واشتملت على ثلاث فئات من ثلاث دول صناعية الولايات المتحدة الأمريكية، والدنمارك، وبريطانيا، وقد أشارت النتائج إلى أن كبار السن في المجتمعات التي

درسوها مندمجون في مجتمعاتهم أكثر بكثير مما يتوقع، وأن حالات الانفصال عن المجتمع تحدث ولكن بنسب ضئيلة لدرجة أن ليس لها أي دلالة إحصائية.

- وليس الاختلاف فقط بين المجتمعات بل نجده أيضاً عند الأفراد ولأن كافة الأفراد قد لا ينسحبون أو ينفصلون عن المجتمع في نفس الوقت، بمعنى آخر فإذا كان هناك فروقاً فردية فيما يتعلق بطبيعة المجتمعات فإن هناك – أيضاً فروقاً فردية فيما يتعلق بالأشخاص لأن هناك العديد من الأشخاص الذين تقتضي وظائفهم أن يعملوا دون انقطاع وتحديداً رجال الأدب/ الفن/ الصحافة/ أو حتى التدريب بالجامعة.

ونتيجة لهذه الانتقادات أضطر أصحاب هذه النظرية إلى إحداث تعديل مؤداه: أن الرضا عن الحياة يرتبط بنظرة الفرد لمرحلة التقاعد، وهل يفضل الفرد المسن ممارسة الأنشطة بشكل إيجابي، أم يرغب في العزلة والانسحاب من المجتمع وكما يختلف الأفراد أيضاً تختلف المجتمعات في نظرتها إلى التقاعد. (غانم، محمد حسن، 2004، ص 54 – 55).

3. نظرية النشاط

ظهرت هذه النظرية عام 1953 على يد كل من البيرشت وهاني رست Al brachts & Herighusst وهي تشير إلى أن التوافق النفسي للمسنين ومدى تكيفهم مع المجتمع ترتبط بمدى نشاطهم ومدى مقاومتهم للانكماش والإصرار على مواصلة حياتهم كما كانت قبل الشيخوخة. (عبد اللطيف، رشاد أحمد، 2007، ص 94.)

وتفترض هذه النظرية أن على المسنين البحث عن بدائل لأدوار رئيسية أربعة كانت سائدة من قبل حتى نهاية مرحلة الرشد المتوسط وهي فقدان

العمل، ونقص الدخل، وضعف الصحة، والتغير في بنية الأسرة - وإذا أمكن للمسن بتعويض هذه الأدوار المفقودة فإنه يحقق لنفسه توافقاً ناجحاً في شيخوخته، فالشيخوخة هي مرحلة فرص جديدة للأدوار الاجتماعية وليس مرحلة انسحاب كلي من الحياة الاجتماعية. (يوسف، جمعة، مبروك، عزة عبد الكريم، ص 54 - 55)

وتفسر هذه النظرية عزلة كبار السن وعدم وجود دور أو نشاط لهم بسبب ما يلي:

أ. تقلص العالم الاجتماعي للشخص المسن عند تقاعده وموت رفيق أو صديق.

ب. الانحدار الجسماني للمسن يزيد من الصعوبة المتزايدة في عدم قدرته على مواجهة الصعوبات وفي عدم إشباع احتياجاته.

التعارض بين نظرية النشاط ونظرية الانسحاب

هناك بعض الاختلافات ومنها:

- يظهر التعارض بين هذه النظرية وسابقتها "الانسحاب" إذ تسلم نظرية النشاط باستمرار العلاقة بين الشخصية الفردية والنسق الاجتماعي مع انتقال الفرد من أواسط العمر إلى الشيخوخة الأمر الذي يؤدي إلى الاستمرار في الحكم على سلوكيات كبار السن بمعايير أواسط العمر.
- بناء على هذه النظرية يصبح السبيل إلى شيخوخة ناجحة هو المحافظة على أعلى درجة من النشاط إذ كلما تدني هذا النشاط كلما انعكس سلباً على تكيف المسن مع الحياة، وما يترتب على ذلك من عدم إحساسهم بالنفع، وبالتالي عدم رضائهم عن تلك الحياة.

- وعلى عكس نظرية "الانسحاب" فإن نظرية "النشاط" ترى أن الرضا لدى كبار السن إنما يتوقف على مدى اندماج الفرد في المجتمع وعلي تلك الإسهامات التي يظل يضيفها وعلي شعوره بأنه ما زال نافعاً ومطلوباً فقيام المسن ببعض الأنشطة يعتبر أمراً ضرورياً لزيادة رضاه عن الحياة واقتناعه بها فاتجاهات كبار السن نحو التقاعد – كما يرى "هافينجرست" (harighurst) تأخذ نمطين:

أ. الأول: هم الأشخاص الذين يمكنهم التغيير من نمط حياتهم بعد التقاعد ويطلق عليهم Transformers عن طريق إيجاد أنماط جديدة من الأنشطة والأعمال لقضاء وقت الفراغ وهم عادة من يتسمون بالمرونة والسماحة والقبول والتنازل.

ب. الثاني: وهم الأشخاص الذين يصرون على الاستمرار في نفس أعمالهم السابقة ويطلق عليهم Maintainers حيث إنهم قد يتسمون بعدم التنازل والتقليدية. (السنهوري، أحمد محمد، وآخرون، 2006، ص 29 – 30).

نقد وتقويم النظرية

1. بالرغم من تأكيد هذه النظرية على أهمية النشاط بالنسبة للمسنين إلا أنها تفتقد الموضوعية حيث إن نسبة المسنين الذين يتوفر لديهم هذا النشاط ليست كبيرة.

كما أن المسن النشيط في عمله قد لا يجد الوقت المناسب لاكتساب مهارات جديدة يستفيد منها بعد إحالته إلى سن المعاش، إلا أن هذه النظرية تفيد العاملين في الحقل الاجتماعي وبصفة خاصة ممارسي الخدمة الاجتماعية وذلك من خلال التعرف على نواحي القوة لدى المسنين وكيفية استثمارها

في نشاط هادف لصالح المسنين وأسرهم... أو كيفية استثمار الجهود المحيطة بالمسن (الأسرة، البيئة) لصالح المسن والاستفادة بكل جوانب القوة لديه في نشاط هادف وفعال ومتكامل يجنب المسن عملية التفكير في الانسحاب التدريجي من المجتمع ويحافظ على القوة الإيجابية لديه. (عبد اللطيف، رشاد أحمد، 2007، ص 95).

2. النظرية الاستمرارية: تفترض هذه النظرية بأن الفرد المتقاعد يحاول ما أمكن أن يتوافق مع مرحلة التقاعد لأنها قدر لا فكاك منه وأن الشخص شاء أم لم يشأ سيصل إليها وينصهر بآلامها من خلال إعطاء وقت أكبر للأدوار التي كان يزاولها قبل التقاعد عوضاً عن مزاولة أدوار جديدة، وتستند هذه الفرضية على النتائج التي تشير أن كبار السن يحاولون أن يتمسكوا بأنماط حياتهم التي درجوا عليها وأن الكثير منهم يحاول أن يجعل حياته قبل التقاعد مثل نمط وطقوس حياته بعد التقاعد. (غانم، محمد حسن، 2004، ص 56 - 57).

كما يؤكد أصحاب هذا الاتجاه على أهمية الاستقرار النسبي للأدوار ولا يعطون أهمية كبيرة للجوانب السلبية للتقاعد، ويأخذ هذه الوجهة كل من برستون (Preston, 1967) وكارب (Carp 1972) ويرى أنصار هذا الاتجاه والذين يقللون من شأن الآثار السلبية للتقاعد، نتيجة لمعرفة الفرد المسبقة، بأن التقاعد أمر حتمي، كما أن العامل يدفع مبالغ من دخله للتقاعد كما يعايش بعض الأقرباء أو الأصدقاء ممن أحيلوا على التقاعد وبذلك يكون الفرد واعياً بدور المتقاعد، ويفترضون أن التغيرات السلوكية الناتجة عن التقاعد عادة ما تتم قبل ترك العمل، وعلي عكس من يعتقدون بغموض

وضع المتقاعد، فإن أبصار هذا الاتجاه يؤكدون على أهمية كون التقاعد أصبح من النظم الاجتماعية، وليس ذلك فحسب، بل يؤكدون أيضاً على التوقعات المرتقبة لسلوك المتقاعدين. (العبيدي، إبراهيم بن محمد، 1423 هـ، ص 62).

4. النظرية التبادلية

وهذه النظرية تعتمد على فكرة الأخذ والعطاء، أي أن كل شخص يسعي لتحقيق أقصي فائدة ممكنة وفي الوقت نفسه يقلل من التكلفة إلى أدنى حد ممكن وذلك بمعيار المكانة واحترام الذات أي أن المسنين يحاولون إقامة العلاقات المجزية التي تحقق مصالحهم وقطع العلاقات التي تسبب لهم الجهد وصرف الأموال والمسنين الذين يملكون القليل ليقدموه للآخرين يجدون صعوبة في الحصول على ما يريدونه.

وترى هذه لنظرية أيضاً أن رفض المجتمع لكبار السن له آثار سلبية عليهم ويؤدي إلى انفصال المسنين عن ممارسة أدوارهم الاجتماعية السابقة وهذا يشير إلى نوعية التفاعلات والعلاقات الاجتماعية المتبادلة بين المسنين وغيرهم من أفراد المجتمع وأسرهم.

نقد وتقويم النظرية

وهذه النظرية تركز على المنفعة المتبادلة وتهمل الجوانب الإنسانية النبيلة، الحب والوفاء، للكبار، الجلوس مع الأقارب، وعلي هذا تهتم هذه النظرية بدراسة جميع علاقات المسنين بالعمل والأسرة والمجتمع وتفترض أن أي فرد يكون كبؤرة لمجموعة من العلاقات الاجتماعية وعندما يكبر سنة ويتجه نحو

الشيخوخة تتقلص علاقاته الاجتماعية ومشاركته ككائن عضوي. (عبد اللطيف، رشاد أحمد، 2007، ص ص 97 - 98)

5. نظرية الأزمة

يعرف روبرتس R. Roberts الأزمة على أنها حالة مؤقتة من الاضطراب وعدم التوازن تتسم في الغالب بعدم قدرة الفرد للتغلب على موقف خاص باستخدام الطرق المعتادة لحل المشكلة واحتمال نتيجة إيجابية أو سلبية كما أن الشخص الذي يعاني من أزمة يمر بخبرة متوقفة على المصادفة أو منطوية على المخاطرة أو حادثة تهدد حياته ويكون في تلك الحالة سريع التأثر بتلك الحادثة ويفشل في التغلب على الضغوط التي يتعرض لها أو التقليل منها من خلال الطرق المعتادة وبالتالي يدخل في حالة من عدم التوازن. (Roberts, Albertk, (pp - 11, 1993

وتعد هذه النظرية من أحدث النظريات التي تفسر سلوك المسنين وذلك بعد تغيير أو تعديل دور المسن فبعد أن كان كل يومه نشاط، أصبح بلا نشاط وخاصة إذا كان يعمل في القطاع الحكومي أو في وظيفة مرتبطة بالإحالة إلى التقاعد في سن الستين حيث إن للعمل ليس فقط أو سبباً للحياة ولكنه يقدم خطة ملموسة للعيش يوماً بيوم، أملاً يبث الأمن والطمأنينة للإنسان.

ويرى علماء النفس أمثال لورج Lorge وكارونCaron كوجان Congan أن سن التقاعد ليس مجرد نتيجة انفصال المسن عن عمله إنما هو ما يشعر به المسن من التوجس والخوف من الدخول في دور غير دوره قد يمتد إلى مساهمته في الحياة الاجتماعية. (عبد اللطيف، رشاد أحمد، 2007، ص 98 - 99)

ولا تنحصر الأزمات التي قد يتعرض لها المسن في التقاعد عن العمل فقط وما يترتب عليه من مشكلات مادية واجتماعية ونفسية وإنما تتنوع الأزمات ومنها فقد المسن أو المسنة شريك الحياة أو وفاة صديق أو أحد من أقارب المسن أو المسنة وما يترتب عن هذه الأزمات من مشكلات اجتماعية ونفسية تؤثر على حياة المسن وعلي أداءه لأدواره الاجتماعية.

ويمر التدخل في الأزمة مع المسنين بمجموعة من الخطوات هي:

(الجميلي، خيري خليل، 1996، ص 55 – 56)

أ. التقدير: وتنصب هذه الخطوة في الحصول على المعلومات الضرورية عن موقف الأزمة لتكوين صورة سريعة واضحة عن المسن في موقف الأزمة مثل ما هي المرحلة التي وصلت إليها الأزمة؟ وما طبيعتها؟ ومن هم المتأثرون بها؟ (الجميلي، خيري خليل، 1996، ص 55 – 56).

هذا ومن الضروري أن ينوع الأخصائي الاجتماعي في التدخل مع المسنين لمواجهة الأزمة من أساليب التقدير حيث إنه في بعض الأحيان يعطي المسن معلومات غير صحيحة فيما يتعلق بالأزمة إما نتيجة لنسيانه بعض التفاصيل أو نتيجة لحالته النفسية السيئة المترتبة على الأزمة ذاتها وفي بعض الأحيان لا يعترف بوجود مشكلة لديه من الأساس، كما يجب أن يكون التقدير متكاملا يشمل جميع الأنساق التي لها علاقة بموقف الأزمة.

ب. التخطيط للتدخل العلاجي: ويتضمن تحديد الهدف أو الأهداف العلاجية التي يسعي التدخل إلى تحقيقها والقوى التي لا زال يتمتع بها ويمكن توظيفها في التدخل والإمكانات التي يمكن تجنيدها للمساعدة في حل الأزمة وتحديد

الأساليب العلاجية التي يتوقع الأخصائي الاجتماعي استخدامها والمدى الزمني للتدخل.

ويحدد الأخصائي الاجتماعي بناء على تحديد الأهداف ووضع الخطة برنامج التدخل المهني لعلاج موقف الأزمة ويتضمن البرنامج جميع الأنشطة والأساليب المستخدمة لمواجهة الأزمة ولا بد أن يتسم هذا البرنامج بالدقة والتكامل.

ج. التدخل العلاجي: ويضع الأخصائي الاجتماعي خلاله خطة التدخل موضع التنفيذ مستخدماً أساليب العلاج التي تناسب الموقف ويمكن تعديل الخطة طبقاً لما يسفر عنه الواقع أثناء مرحلة التدخل.

وذلك لأن الأخصائي أحياناً يفاجأ بحدوث شيء يعيق تنفيذ البرنامج كوفاة أحد المسنين في المؤسسة التي يعمل بها لذلك يجب أن يتسم البرنامج بالمرونة في التنفيذ حيث يمكن تأجيل نشاط من أنشطة البرنامج عن المدى الزمني المحدد له ويمكن تكملة عملية التنفيذ بعد أن تزول الحالة النفسية السيئة لدى المسنين بالمؤسسة والناتجة عن وفاة أحدهم.

د. حل الأزمة: وذلك عندما يبدأ التدخل يؤتي ثماره حيث تخف حدة الانفعالات السلبية تدريجياً وتزول عناصر التأزم في الموقف ويبدأ التعامل مع الموقف على أنه مشكلة يمكن مواجهتها بسهولة.

وهناك العديد من القضايا التي تناولتها نظرية الأزمة وهي:

- قضية العمل وأهميته بالنسبة للفرد: حيث إن العمل مكون أساس لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي والحرمان منه يؤدي إلى تقليص رضا الفرد عن الحياة.

- سلوكيات الدور: فالعمل يعد حجر الزاوية في الاستقرار وأنواع السلوك المميز للفرد بين التعود عليه والحرمان منه بالإحالة إلى التقاعد الذي يؤدي إلى اضطراب سلوكه.
- نظرية المسن للحياة: يتغير نمط الفرد من حالة العمل إلى اللا عمل وسوف يكون له رد فعل في تقبل المسن للحياة بصفة عامة.
- مدى التزام الفرد بعمله قبل التقاعد: حيث إن الأفراد الأكثر التزاماً وارتباطاً بعملهم هم الأكثر تأثراً بالتقاعد.
- قيمة العمل في حياة الفرد: فالأفراد الذين يقدرون العمل ويعطونه وقتاً كبيراً يكونوا أكثر تأثراً بحياة التقاعد.
- يؤدي تقليص أدوار الفرد بعد تقاعده إلى تبني بعض ألوان السلوك اللا توافقي كالإحساس بالدونية والعصبية والتقدير الزائد للتراث والقلق وقد ينعكس ذلك على المحيطين به في أسرته. (الشوافي، محمد الغمري، دسوقي، ممدوح محمد، 1999، ص 220 - 221)

نقد وتقويم النظرية

لقد انقسم الباحثون إزاء تلك النظرية إلى فريقين:

- فريق يرى أن فقدان الفرد للعمل وتغير أدواره بعد إحالته للتقاعد يؤثر في نظرته لنفسه وفي علاقاته مع أسرته أو المجتمع الذي يعيش فيه، وهذا ما أكدته دراسات كل من (جولد تشين 1962 Goldstein) و(بارسونز Parsons) (وشوك Shock)

- فريق لا يوافق تماماً على اعتبار أن العمل هو العامل الأساسي والأهم في عدم رضا المسن عن حياته حيث إن تأثر المتقاعد يتوقف على عدة عوامل منها المستوي الاقتصادي والاجتماعي وأهمية العمل بالنسبة للفرد والحالة الصحية... الخ.

سادساً: نماذج الممارسة المهنية في مجال رعاية المسنين

هذا ويستخدم الأخصائيون الاجتماعيون والباحثون مدخلاً منتقى لنظريات متعددة كإطار للممارسة يدمج مفاهيم مختلفة كما يستخدمون النماذج المختلفة ويرى البعض أن نموذجاً نظرياً معيناً قابل للتطبيق في نمط واحد من المواقف بينما يستخدم نموذجاً نظرياً آخر على نطاق أوسع في مواقف أخرى. (Brown , Androw and Donling , Pxgl , 1998 p. 145)

تعريف النموذج

كلمة النموذج مستمدة من أصل لاتيني وتعني قياساً صغيراً لشيء ما أو وصفاً أو مقارنة تساعد على فهم وإدراك أمور غير ملموسة أو مرئية عادة أو هو تبسيط لأشياء أكثر تعقيداً كما أن النماذج تستهدف تحديد عمليات وخطوات الممارسة المهنية ولا تملك من نفسها دوافع ومبررات استخدامها ومع ذلك فهي تمثيل فكري مستمد من تصور الحقائق. (سالم، اسماعيل مصطفى، 1998، ص 108 - 109).

وعرف Webster النموذج بأنه اتجاه هادف لعمليات أو لإجراءات، وكما أشار Siporin إلى أن النموذج يجعل الأخصائي يتفاعل مع المعرفة العلمية والقيم المهنية. (Nell Mcmahon, marioo, 1990, p. 31)

كما يعبر النموذج عن إطار ودليل وضعي محدد ويوفر قاعدة عامة لما يجب أن تتضمنه ممارسة الخدمة الاجتماعية أي أنه بناء معرفي يتضمن مجموعة من المعارف والمعلومات المتصلة بالممارسة. (خليفة، محروس محمود، 1989، ص 252).

ويعرف كذلك بأنه عناصر متكاملة أو خطوات مترابطة تتعلق بممارسة في مواقف مهنية محددة مرتبطة بإحدى مداخل الخدمة الاجتماعية وتصلح للتعميم في المواقف المشابهة ويمكن اعتبار نماذج الممارسة نظريات ممارسة نوعية. (السنهوري، أحمد محمد، 1996، ص 17).

ومن خلال عرض التعريفات السابقة يمكننا تعريف النموذج بأنه: إطار الممارسة المهنية الذي يتضمن مجموعة من الخطوات والتي ترتبط بمداخل الخدمة الاجتماعية ويصلح للاستخدام من قبل الممارسين والباحثين في الخدمة الاجتماعية وفقاً للموقف المهني كما يمكن اعتبار النموذج نظرية ممارسة نوعية للخدمة الاجتماعية.

وفيما يلي سيتم عرض نموذج الممارسة العامة المتقدمة لتحقيق العدالة الاجتماعية من خلال منح القوة (تمكين) المسنين الضعفاء. (عمر، سمر صبحي، 2008 م، ص 238 – 248).

عرض تفصيلي لنماذج الممارسة العامة المتقدمة لتحقيق العدالة الاجتماعية من خلال منح القوة (تمكين) المسنين الضعفاء:

1. مجال الممارسة (المسنون الضعفاء): يعتبر مجال رعاية المسنين من أهم مجالات الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية حيث اهتمت المجتمعات برعاية هذه الفئة والتي تعتبر إحدى فئات السكان المعرضين للخطر وذلك من

خلال وضع نظم ولوائح لتنظيم أوجه رعايتهم في مؤسسات رعايتهم لكي لا تقتصر فقط الرعاية على الرعاية المادية لهم وإنما لتشمل الخدمات والرعاية في كافة النواحي الجسمية، النفسية، الاجتماعية والعقلية والروحية وذلك بما يحقق السعادة للمسن ويرفع من روحه المعنوية.

وهذه الدراسة تهتم بالمسنين كإحدى فئات السكان المعرضين للخطر حيث يعانون من ضعف في الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية والروحية وتهدف إلى تمكين (منح القوة) للمسنين في مؤسسات رعايتهم.

2. أماكن ومؤسسات الممارسة المرتبطة بالمجال (المؤسسة الإيوائية): توجد العديد من المؤسسات التي تهتم برعاية المسنين كأندية المسنين ودور رعاية المسنين وتهتم هذه الدراسة بدور رعاية المسنين من خلال التدخل لتمكين (منح القوة) للمسنين الضعفاء في إحدى هذه الدور فيقصد بدور رعاية المسنين أنها كل دار تخصص لإيواء المسنين ورعايتهم صحيا ونفسيا واجتماعيا وتعمل على استغلال طاقاتهم وقدراتهم وخبراتهم وشغل أوقات فراغهم وتهدف هذه الدور إلى:

أ. إيجاد مكان مريح يتلاءم مع أعمار النزلاء.

ب. توفير برامج الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية والمهنية.

ج. شغل أوقات فراغ المسنين بما يعود عليهم بالنفع.

د. الاستفادة من خبرات وطاقات المسنين في أعمال مثمرة للدار.

ه. إشعار المسن بأنه عضو مرغوب فيه في المجتمع.

ويتم التدخل المهني مع المسنين الضعفاء المقيمين بدار تكريم المسنين التابعة لجماعة سيدات مصر بمصر الجديدة والتي تقدم الرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية والروحية للمسنين من خلال الأنشطة التي تمارسها الأخصائية الاجتماعية مع المسنين، كما تهتم الدار بتصنيف المسنين على الأدوار حسب حالتهم الصحية كوضعها للمسنين الأكثر ضعفا من الناحية الصحية والمصابون بأمراض تعوق حركتهم في الدور الأول كما يراعي المسؤولون بالدار أن تكون إقامة المسنين مع بعض داخل الغرفة الواحدة حسب رغبتهم مراعاة لحالتهم النفسية ولكن على الرغم من ذلك فالمسنون في حاجة لرعايتهم والاهتمام بهم أكثر مما يقدم لهم

3. المشكلة الاجتماعية: تعتبر المشكلة الاجتماعية في هذه الدراسة هي مشكلة ضعف المسنين في الناحية الصحية والاجتماعية والنفسية والعقلية والروحية فهناك حاجات عديدة للمسنين مرتبطة بهذه الجوانب وتعرض الباحثة في هذا النموذج مشكلات المسنين الضعفاء:

أ. المشكلات الصحية: كأمراض القلب وتصلب الشرايين، وارتفاع ضغط الدم، وأمراض الجهاز العصبي كقصور الدورة الدموية المخية والشلل الرعاش أمراض الجهاز الحركي كالتهاب المفاصل وهشاشة العظام، أمراض البول السكري وأمراض الحواس كالبصر مثل طول النظر أو قصر النظر وضعف السمع.

ب. المشكلات النفسية: مثل مشكلة الاكتئاب، الاغتراب والعزلة والشعور بالوحدة ومشكلة القلق والخوف من الموت.

ج. المشكلات الاجتماعية: مشكلة العلاقات الاجتماعية وصعوبة التكيف مع المحيطين بهم داخل وخارج الدار والفجوة بين المسنين والأجيال الجديدة، مشكلة التقاعد عن العمل وشعور المسن بتدهور مكانته الاجتماعية كما تقل مع التقاعد عن العمل فرص التفاعل الاجتماعي بين المسن والآخرين.

د. المشكلات العقلية: كضعف الذاكرة والنسيان واضطرابات البارانويا وأحيانا تصل إلى مرحله عالية.

ه. المشكلات الاقتصادية: وتتمثل في قله الدخل بعد التقاعد عن العمل

و. المشكلات الدينية: في كثير من الأحيان تزيد عبادات واهتمامات المسنين بالنواحي الدينية لشعورهم باقتراب نهاية العمر ولكن أحيانا توجد مشكلات في هذا الجانب فبعض المسنين يبعدون عن العبادة وأداء الفرائض كما يعاني البعض ممن تعلقوا بالزهد والتصوف من مشكلات روحية كاعتقادهم بوجود أرواح خيرة معهم يرونها ويسمعونها بما يؤثر على علاقاتهم بالآخرين.

ويحتاج المسنون إلى تمكينهم (منحهم القوة) لمواجهة مشكلاتهم التي يعانون منها وهذا ما قامت هذه الدراسة بتحقيقه فيما يتعلق بزيادة الكفاءة الاجتماعية للمسنين الضعفاء، العلاقات الاجتماعية للمسنين والتخفيف من حدة عزلتهم وانسحابهم من الحياة الاجتماعية وزيادة قدراتهم على الاستقلالية وذلك بعد تقدير جوانب الضعف لديهم وجوانب الخلل في أدائهم الاجتماعي وعوامله (الصحية، الاجتماعية، النفسية، العقلية والروحية).

كما تم التقدير على مستوى اسر المسنين والتعرف على دور الأسرة في إهمال المسن وعلاقتها الاجتماعية بالمسن.

4. تطبيق أسس المهنة (معرفي وأخلاقي ومهاري) وربطها بمجال رعاية المسنين الضعفاء:

أ. الأساس المعرفي: يتمثل في القيام بتجميع الإطار النظري للدراسة من العلوم الإنسانية ومن علم الخدمة الاجتماعية والذي يتعلق بمجال رعاية المسنين وذلك لتحديد المشكلة الاجتماعية للدراسة والتي تتمثل في عرض لمشكلات المسنين الضعفاء وعرض مفاهيم الدراسة لتحديد المفاهيم بشكل إجرائي يمكن قياسه كمفهوم التدخل المهني مع المسنين، ومفهوم الممارسة العامة المتقدمة، ومفهوم التمكين (منح القوة) للمسنين وأخيرا مفهوم المؤسسات الإيوائية للمسنين وكذلك وضع جزء يتعلق بالتمكين (منح القوة) في الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية مع المسنين الضعفاء كما تم اللجوء للدراسات السابقة العربية والأجنبية للاستفادة منها في تحديد المشكلات التي يعاني منها المسنون.

ب. الأساس الأخلاقي: أهمية مراعاة الالتزام بأخلاقيات المهنة في التعامل مع المسنين لإنجاز الدراسة مثل مراعاتها لمشاعر المسنين، احترام كل مسن كما هو، والالتزام بالسرية مع المسنين والالتزام قدر الإمكان بالحيادية وعدم التحيز وبالواقعية.

ج. الأساس المهاري: في ضوء نتائج البحث يمكن للممارس العام استخدام العديد من المهارات المهنية ومنها:

- المهارة في تكوين العلاقة المهنية.

- المهارة في الاستماع الجيد للمسنين.
- المهارة في إجراء المقابلات.
- المهارة في استثمار مواطن القوة لدي المسنين.
- المهارة في استثارة التفاعل الجماعي.
- المهارة في إدارة الحوار والمناقشات الجماعية.
- المهارة في إدارة عنصر الزمن.
- المهارة في توجيه التفاعل الجماعي.
- المهارة في توجيه الخلافات والصراعات.
- المهارة في التسجيل.
- المهارة في استخدام العلاقات الجماعية.
- المهارة في اتخاذ القرارات.
- المهارة في التقييم.
- المهارة في إنهاء العلاقة المهنية.

5. تحليل الأنساق:

أ. نسق محدث التغيير: يتمثل في القائمين على عملية التغيير وتمكين (منح القوة) للمسنين وهم: الممارس العام أو القائم بتصميم برنامج التدخل المهني وتنفيذه مع المسنين ويعاونه في ذلك فريق العمل بالمؤسسة وهم:

- الأخصائية الاجتماعية بالدار.
- مديرة الدار.

ب. أنساق العميل:

- المسنون كأفراد.
- المسنون كجماعات.
- اسر المسنين.
- مجتمع المؤسسة (الدار).
- مؤسسات المجتمع المحلي.

ج. نسق الهدف:

- نسق العميل (المسن).
- أسر المسنين.
- الأخصائية الاجتماعية بالدار.
- المؤسسة بما فيها من إمكانيات وموارد وبرامج لرعاية المسنين.
- مؤسسات المجتمع المحلي والتي تم إشراكها في برنامج التدخل المهني.

د. نسق الفعل: كل من تعاون مع الممارس العام لصالح أنساق العميل (المسنون الضعفاء) مثل:

- الأخصائية الاجتماعية بالدار.
- مديرة الدار.
- الأخصائيات الاجتماعيات بالمؤسسات التي تمت إشراكها في أنشطة التدخل المهني من مؤسسات المجتمع المحلي.
- من قاموا بإلقاء الندوات مع المسنين بمختلف أنواعها.

6. متصل أنساق العميل:

أ. نسق المسنين كأفراد: يقوم الممارس العام بإجراء مقابلات فردية مع كل المسنين المقيمين بالدار وعددهم (40) مسنا ومسنة ويقوم بتحليل محتوى هذه المقابلات بهدف تحديد جوانب وعوامل الخلل في الأداء الاجتماعي للمسنين وذلك لعمل تقدير للموقف الإشكالي ويتم تحديد العوامل المسببة لمشكلات المسنين وهي عوامل جسمية وعوامل نفسية وعوامل عقلية وعوامل اجتماعية وعوامل روحية.

ب. نسق الأسرة (أسر المسنين): في ضوء نتائج البحث يمكن للممارس العام أن يقوم بتقدير الموقف الإشكالي على مستوى نسق أسر المسنين وذلك بهدف التعرف على دور الأسر في إهمال المسنين وكذلك مدي إمداد الأسر للمسنين بالدعم المادي والنفسي والاجتماعي وذلك من خلال تحديد ما تكون عليه علاقاتها بالمسنين وكذلك عدد الزيارات للمسنين بالدار وكذلك زيارات المسنين للأسر خارج الدار كما يقوم الممارس العام بإشراك أسر المسنين في أنشطة التدخل المهني.

ج. نسق المسنين كجماعة: ويقوم الممارس العام بإجراء تطبيق قبلي لمقياس تمكين (منح القوة) للمسنين على المسنين أعضاء الجماعة التجريبية وذلك لتقدير مدى وجود تمكين (منح القوة) للمسنين.

ثم يقوم بإجراء وتنفيذ أنشطة برنامج التدخل المهني مع المسنين كجماعة كما يراعي ألا يحرم باقي المسنين بالدار من الاشتراك في أنشطة التدخل المهني ولكن يجرى التطبيق البعدي للمقياس على الجماعة التجريبية فقط.

د. المجتمع الوظيفي (مجتمع المؤسسة): ولابد للممارس العام من إشراك الأخصائية الاجتماعية في كل أنشطة التدخل المهني مع المسنين كما يقوم باستخدام المؤسسة وإمكانياتها وأنشطتها لإنجاز برنامج التدخل المهني كما تشترك مديرة الدار في حضور أنشطة التدخل المهني.

ه. نسق المجتمع المحلي: مؤسسات المجتمع المحلي: ويتمثل في إشراك بعض مؤسسات المجتمع المحلي في إنجاز أنشطة التدخل المهني مع المسنين وكذلك بعض الجمعيات بالمجتمع المحلي مثل:

- نادي 6 أكتوبر/ الحلمية: من خلال القيام بزيارة المسنين بالنادي باعتباره أحد النوادي التي تقدم خدمات اجتماعية.
- مركز شباب الحلمية: لأنه أقرب مركز شباب للدار ويتم تنظيم حفلة عيد الأم مع المركز وأقامتها بالدار.
- جمعية رسالة فرع مصر الجديدة: وإشراكها في عملية انتقال المسنين لاستاد القاهرة لحضور حفل تكريم المسنين.
- نادي بدر للقوات المسلحة: وإشراك أحد مدربي النادي لإلقاء ندوة رياضية على المسنين.
- دار الحسنات لرعاية الأيتام: كتنظيم وعمل حفلة للاحتفال بيوم اليتيم ويشترك فيها المسنون مع الأيتام وفي الحفلة داخل الدار.
- جمعية النور والأمل لرعاية الكفيفات: وذلك بحضور الكفيفات لحفلة للاحتفال بالمولد النبوي الشريف داخل الدار.

7. استراتيجيات التدخل المهني والتكنيكات (الوسائل):

أ. استراتيجيات التدخل المهني:

- إستراتيجية البناء المعرفي للمسنين.
- إستراتيجية التعاون.
- إستراتيجية الإقناع.
- إستراتيجية تغيير السلوك.
- إستراتيجية المشاركة الجماعية.
- إستراتيجية الاتفاق العام.
- إستراتيجية استثمار الموارد الذاتية.
- إستراتيجية مواجهة الخلافات في المواقف التفاعلية.

ب. التكنيكات (الوسائل):

- تدعيم الاتصال بين المسنين وزيادة علاقاتهم الاجتماعية.
- المناقشة وتبادل الرأي والخبرات.
- استخدام تكنيك حل المشكلة.
- تكنيك العمل المشترك بين المسنين.
- زيادة حجم التفاعل بين المسنين في الأنشطة.
- توجيه الشكر والتقدير للمسنين.
- الشرح والتوضيح للمسنين لما يجب أن تكون عليه علاقاتهم وكيفية اتخاذ قراراتهم.
- تكنيك التعاون والتنظيم الجماعي.

- استثمار مؤسسات المجتمع المحلي لصالح المسنين.

8. أدوار الممارس العام المتقدم والأساليب الفنية:

أ. أدوار الممارس العام المتقدم:

- دور التربوي.
- دور مانح القوة.
- دور الممكن.
- دور الوسيط.
- دور مقدم التسهيلات.

ب. الأساليب الفنية:

- أسلوب المناقشة الجماعية.
- الرحلات.
- الندوات.
- الحفلات.
- الزيارات.
- الاجتماعات.

9. مراحل التمكين (منح القوة) للمسنين الضعفاء:

أ. مرحلة الارتباط والتقدير: وفي هذه المرحلة يقوم الممارس بالارتباط بنسق العميل من خلال إجراء مقابلات فردية مع كل مسن ومسنة

وذلك بعد دراسته لملفات المسنين لتسهيل عملية الارتباط معهم وبعدها يتم تحديد أنساق التعامل التي تساعد في تقدير الموقف الإشكالي وهم:

- نسق المسنين كأفراد: حيث يتم التعرف على جوانب الخلل في أدائهم الاجتماعي عن طريق مقابلتهم بشكل فردي.
- نسق أسر المسنين: وذلك بتطبيق استمارة استبيان مع كفيل كل مسن للتعرف على دور الأسرة في إهمال المسن ومدي ما تقدمه من دعم للمسن (مادي، نفسي، اجتماعي) للمسن.
- إجراء قياس قبل التدخل المهني على جماعة التدخل المهني من المسنين لتحديد مدي وجود تمكين (منح القوة) لديهم.

ب. مرحلة التخطيط للتدخل: وفي هذه المرحلة يضع الممارس العام برنامجا مخططا للتدخل المهني مع المسنين ويشمل البرنامج العديد من الأنشطة المهنية والتي تسهم في تحقيق أهداف الدراسة وكذلك مع توضيح الهدف من كل نشاط ومدته الزمنية وذلك لتمكين (منح القوة) للمسنين بشكل منظم.

كما يقوم الممارس العام بتحديد الأنساق التي تشترك في أنشطة التدخل مثل (أسر المسنين – مؤسسات المجتمع المحلي – نسق المؤسسة).

ج. مرحلة تنفيذ برنامج التدخل: وفيها يقوم الممارس العام بتنفيذ برنامج التدخل وأنشطته بالاشتراك مع:

- نسق المؤسسة: (الدار بما فيها من إمكانيات وفريق العمل بها).

- نسق أسر المسنين: وذلك بحضورهم أنشطة التـدخل المهـني كالنـدوات والحفلات.
- نسق مؤسسات المجتمع المحلي ويستغرق مدة تنفيذ برنامج التدخل سـتة اشهر

د. مرحلة قياس عائد التدخل المهـني: وفيهـا يقـوم الممـارس العـام وفريـق العمل بالمؤسسة بقياس عائد التدخل المهني مع المسنين من خلال:

- إجراء الممارس العام للقياس البعدي بعد التدخل المهـني مـع المـسنين لتحديد مدى تحقيق برنامج التدخل لأهدافه وصلاحيته لتمكين (مـنح القوة) للمسنين.
- إجراء الأخصائية الاجتماعية لتدوين ملاحظاتها بالنسبة لتمكين (منح القوة) لكل مسن ومسنة في دليل ملاحظة يقوم بإعداده الممارس العـام أو القائم بعملية التغيير.

مراجع الفصل الرابع

1. إبراهيم بن محمد العبيدي، علم الشيخوخة الاجتماعي، دار الزهراء للنشر والتوزيع الرياض، 1423هـ.
2. الجميلي، خيري خليل: نظريات في خدمة الفرد - دراسات وقضايا الخدمة الاجتماعية، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية، 1996.
3. السنهوري، أحمد محمد وآخرون: منهج الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي بجامعة حلوان، القاهرة، 2006م.
4. الشوافي الهمزي محمد، دسوقي، ممدوح محمد: الخدمة الاجتماعية ورعاية المسنين، مكتبة الخدمة الاجتماعية، المنصورة، 1999.
5. الصالح، مصلح: النظرية الاجتماعية أصولها التاريخية بناؤها، وظائفها، خصائصها وملامحها، دار الفيصل الثقافية، الرياض، 2000م.
6. الغريب، عبد العزيز بن علي: نظريات علم الاجتماع تصنيفاتها، اتجاهاتها، وبعض نماذجها التطبيقية، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، 2009.
7. الغريب، عبد العزيز بن علي بن رشيد: المكانة الاجتماعية للمسنين في ضوء التغيرات الحضرية، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، 2005م.

8. خليفة، محروس محمود: ممارسة الخدمة الاجتماعية، قضايا جديدة في قضايا الرعاية الاجتماعية، دار المعارف الجامعية، الإسكندرية، 1989.

9. سالم، إسماعيل مصطفى: إطلاله منهجية حول إدراك الأخصائيين الاجتماعيين للبناء في نماذج ونظريات التدخل المهني مع الحالات الفردية المدرسية، المؤتمر العلمي الحادي عشر للخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1998.

10. عبد اللطيف، رشاد أحمد: في بيتنا مسن مدخل اجتماعي متكامل، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، 2007.

11. عبد المعطي، عبد الباسط: اتجاهات نظرية في علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية 1995.

12. عثمان، عبد الفتاح وآخرون: الخدمة الاجتماعية للمسنين من المنظور الشمولي المعاصر، مؤسسة النيل للطباعة والكمبيوتر، 1960.

13. عرابي، عبد القادر، النظريات الاجتماعية رؤية نقدية، دار الخريجي للنشر والتوزيع، الرياضي، 2003.

14. عمر، سمر صبحي: التدخل المهني من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية لتمكين المسنين بالمؤسسات الإيوائية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 2008.

15. غانم، محمد حسن: مشكلات كبار السن التشخيص والعلاج رؤية نفسية دينية، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2004 م.

16. يوسف، جمعة سيد، مبروك، عزة عبد الكريم، الصحة الجسمية والنفسية للمسنين، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

17. Albert R. Roberts: foundation skills and applications of crisis intervention and cognitive therapy, sage publications, london,1995.
18. Brown, adrow&donling, pagl: doing research/ reading research
19. A model intrrogation for education, the falmerperss, London, 1998.
20. Neil memahon, marioo: the general method of social work practice Aproblem solving approach, second edition, hall Inc, Englewood cliffs, N.J prentice, 1990.

الفصل الخامس

برامج الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين

الفصل الخامس (*)

برامج الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين

مقدمة

تتغير النواحي البنائية للإنسان بتقدم السن، ومن المقبول عقلياً أننا نتوقع أنماطاً معينة من النشاط سيكون المسن قادراً على تنفيذها وأنماطاً أخرى قد لا يكون قادراً عليها، لذا نجد أنه ينبغي على القائمين على برامج رعاية المسنين اختيار الأنشطة الملائمة لمنحنيات نمو المسنين (العقلية، والاجتماعية، والنفسية، والصحية) كذلك الارتقاء بمستوى البرامج المقدمة والتمييز بينها، وذلك لأن فئات المسنين المختلفة قد لا يكون بينها وجه للمقارنة لأنواع البرامج المقدمة وذلك في ضوء عدة متغيرات أهمها الفئة العمرية، الحالة العقلية، الحالة الصحية، الحالة الاجتماعية، وغيرها ويركز الفصل الحالي على برامج الخدمة الاجتماعية المقدمة للمسنين (الإنمائية، والوقائية، والعلاجية).

إيماناً من أن مجال رعاية المسنين هو من أكثر مجالات الخدمة الاجتماعية حاجة للبرامج، بالإضافة إلى تمكين العاملين من الاخصائيين الاجتماعيين من اختيار البرامج الملائمة التي تناسب جماعات المسنين بل والتي تناسب الحالات الفردية لكل فرد من كبار السن وظروفه الاجتماعية والنفسية والصحية والعقلية.

(*) قام بإعداد هذا الفصل د/ سماح سالم.

أولا: فلسفة برامج رعاية المسنين

تكمن فلسفة برامج رعاية المسنين من الإيمان بحق كل إنسان في الحياة الايجابية لآخر العمر، والإيمان بأن كل مسن يملك طاقات وقدرات تؤهله للاستفادة بالمتبقي من حياته بأفضل صورة ممكنة، لذا ينبغي أن يكون الهدف العام لبرامج رعاية المسنين هو التخفيف من معاناتهم وتحقيق التغيير الايجابي في نظرتهم نحو الحياة.

ثانيا: أهمية البرامج لمجال رعاية المسنين

تحقق ممارسة البرامج للمسنين فوائد عدة أهمها:

1. تساعد على التفاعل الاجتماعي للمسنين بين بعضهم البعض الأمر الذي قد يكون تأثر بفعل المرحلة السنية وخبرات التفاعل السابقة مع الآخرين ويقابل هذا التفاعل حاجات المسن للاتصال الإنساني مع الآخرين.
2. يمكن البرنامج من دراسة المسنين فرادى وبشكل جماعي والحصول على المعلومات اللازمة لمساعدتهم خلال ممارسة أوجه نشاط البرنامج المساعدة المطلوبة لكل حالة على حدا.
3. يساعد البرنامج على تطوير مهارات المسنين المطلوبة لإعادة دمجهم بالمجتمع.
4. مساعدة المسنين ذوي المشكلات الفردية في الانضمام للجماعة والبعد عن المشكلات.
5. يسهم البرنامج على حل الكثير من المشكلات الفردية والجماعية للمسنين.
6. يساعد البرنامج على إحداث تغييرات في شخصية المسنين المشتركين تمكنهم من الإقبال على الحياة نتيجة استثمار قدراتهم وطاقاتهم الايجابية.

ثالثا: أهداف برامج الرعاية الاجتماعية المسنين

انطلاقاً من فلسفة برامج رعاية المسنين فإن هناك عددا من الأهداف العامة لبرامج رعاية المسنين على النحو التالي:

1. تعلم المهارات الضرورية والملائمة للمرحلة العمرية والحالة الجسمية والنفسية والاجتماعية والعقلية.
2. التمتع بالتفاعل الايجابي البناء.
3. المشاركة المنتظمة في البرامج والأنشطة لضمان استمرار اثر البرامج.
4. التعرف على الفوائد الناجمة من المشاركة في البرامج والأنشطة.
5. تقدير قيمة البرامج ومساهمتها في تحسين نوعية حياة المسن.
6. توفير فرص الاستمتاع بالوقت.
7. تبادل الخبرات الإيجابية.
8. المساندة المتبادلة بين المسنين وبعضهم البعض.

ونستطيع من جانبنا تحديد أهداف الرعاية الاجتماعية للمسنين وفقاً لأنواع البرامج المقدمة على النحو التالي:

أهداف الرعاية الاجتماعية للمسنين

1. الأهداف العلاجية

أ. التعامل مع المسنين باعتبارهم من فئات السكان المعرضين للخطر ومساعدتهم على التخلص من المشكلات التي تواجههم.

ب. جمع البيانات عن أحوال المسنين وأدائهم الوظيفي بطريقة علمية وبصفة دورية.

ج. اكتشاف مشكلات المسنين بناءً علي البيانات التي تم تجميعها.

د. تنظيم خطط الرعاية الاجتماعية للمسنين.

ه. مساعدة المسنين على إشباع احتياجاتهم المختلفة.

2. أهداف وقائية

أ. العمل على درء المشكلات والأخطار الموجهة نحو المسنين.

ب. إكساب المسنين مهارات تعليمية وحرفية جديدة.

ج. وضع سياسات تحد من تعرض المسنين للخطر.

د. تفعيل التشريعات وسياسات الرعاية الاجتماعية المهتمة بالمسنين.

ه. توعية المسنين بحقوقهم المختلفة.

و. التوسع في إنشاء المؤسسات المتخصصة لرعاية المسنين لتقديم الخدمات المختلفة.

ز. توعية المجتمع بأهمية المساعدة والرعاية الاجتماعية المؤسسية والتطوعية للمسنين.

3. أهداف إنمائية

أ. تنمية صفات وقدرات المسنين بما يمكنهم من تحسين مستوى معيشتهم.

ب. كفالة الاستدامة لجميع خدمات المسنين.

ج. توفير وتفعيل وسائل الحماية المالية والقانونية والاجتماعية للمسنين لتحسين مستوى معيشة المسنين وليحيوا حياة كريمة منتجة

د. التوسع في البرامج التأهيلية المختلفة لتدعيم قدرات المسنين.

رابعا: حقائق يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند وضع برامج رعاية المسنين

1. استجابة المسنين للبرامج تختلف عن الشباب، تختلف عن الأطفال لذا يجب التدقيق في اختيار البرنامج الملائم لكل حالة فردية من الحالات.
2. التنوع في استخدام البرامج أمر ضروري لتلافي اثر الشعور بالملل الناجم عن الحالة النفسية التي يمر بها المسن.
3. قد تصادف القائمين على البرامج في مجال رعاية المسنين عدد من المشكلات التي يعاني منها كبار السن؛ لذا يجب تحديد أولويات البرامج، والبدء بالبرامج السهلة للتطبيق والتقدم تدريجياً في تنفيذ الأنشطة الملائمة.
4. التعاون بين الاخصائي الاجتماعي وفريق العمل بمؤسسات الرعاية الاجتماعية للمسنين مطلب حيوي فلا انفصال بين حالة المسن الصحية والنفسية والجسمية والعقلية وإقباله على البرامج المتنوعة.
5. قد يواجه الاخصائيون الاجتماعيون القائمون على البرامج مشكلات ناجمة عن انسحاب بعض المسنين من البرامج إما للمرض أو الوفاة وقد يؤثر ذلك على باقي المشتركين في البرنامج؛ لذا يجب على الأخصائيين الاجتماعيين توخي الحذر والاستعداد لردود الأفعال العكسية الناجمة عن انسحاب البعض الآخر الممارس للبرامج ومحاولة إيجاد فرص التفاعل الايجابي وتدعيم النظرات الايجابية لدى المستمرين في البرنامج.

6. اختلاف المرحلة العمرية بين الأخصائي الاجتماعي والمسن قد يشكل عائقاً أمام استجابة بعض المسنين للبرامج، ويلزم هذا الفارق تركيز الأخصائيين الاجتماعيين على تنمية مهاراتهم المختلفة لإقناع فئة المسنين بحاجتهم إليهم.

7. التركيز على البرامج الوقائية ينبغي أن يحتل صدارة أولويات البرامج لدى القائمين على برامج رعاية المسنين من منطلق أن الوقاية خير من العلاج فهناك العديد من مشكلات المسنين يمكن الوقاية منها ببرامج بسيطة لتفاديها؛ لذا يجب الحرص على تقديم المعلومات للمسنين عن طريق التوعية والتثقيف والاهتمام بالمسنين من كافة النواحي (النفسية، الجسمية، العقلية، الاجتماعية) وعلى صعيد واحد.

8. للحصول على أفضل نتائج للبرامج المقدمة فإنه يجب التركيز على توضيح فضائل التقدم في السن للمسن ذاته وبأنها مرحلة مثالية، حيث ينبغي التأكيد للعاملين في هذا المجال أن كثيراً من مشكلات المسنين ناجمة عن خطأ التفكير الذي يحول بينهم وبين فرص الاستمتاع بالبرامج بشكل خاص والجهود والخدمات بشكل عام؛ لذا تقع على عاتق الاخصائي الاجتماعي أهمية تعزيز التفاؤل الداخلي لدى المسن ومساعدته على تبني أفكار ايجابية عن الحياة وإلقاء الضوء على ما حققه من انجازات.

9. يجب أن تكون البرامج ممتعة وشيقة.

10. يجب مكافأة الجهد المبذول من المسنين تماماً كما يكافأ الانجاز.

خامسا: خطوات تصميم برامج رعاية المسنين

تركز الخطوات التالية على الإجراءات التي يجب أن يتبعها الاخصائي الاجتماعي عند وضع وتصميم برامج رعاية المسنين وذلك على النحو التالي:

1. الخطوة الأولى

تحديد فلسفة وأهداف البرنامج ارتباطاً بنوعه (إنمائي، وقائي، علاجي) فعلى الرغم من الفلسفة العامة إلا أن هناك فلسفة خاصة لكل برنامج ممارس.

2. الخطوة الثانية

المعرفة التامة بخصائص نمو فئة المسنين المشاركة بالبرنامج نظراً لانقسام مرحلة الشيخوخة إلى عدة مراحل من الناحية الزمنية، حيث يقصد بالشيخوخة من هذا المنظور على أنها المرحلة العمرية التي تمتد من سن الستين وحتى نهاية العمر وتقسم في إطارها الشيخوخة إلى مرحلتين الأولى وتسمى مرحلة الشيخوخة المبكرة من سن (60 – 75) سنة والثانية وتسمى مرحلة الهرم وتبدأ من سن (75 وحتى نهاية العمر).

وهناك خصائص عامة تشترك فيها جميع مراحل المسنين أهمها: من الناحية النفسية نجد بعضهم مصابا بالملل والعزلة، الخرف، والاكتئاب النفسي ... الخ) ومن الناحية الاجتماعية تشترك مراحل المسنين في وجود خلل في منظومة العلاقات والأدوار التي يقوم بها المسن، ومن الناحية البيولوجية: نجد شيوع الاضمحلال في البناء والوظيفة الجسمية وشيوع الأمراض الجسمية المرتبطة بطبيعة المرحلة الحالية، ومن الناحية العقلية: يتسم معظمهم في هذه المرحلة بالنسيان وتغير الأفكار والمعتقدات وتغير ردود الفعل نحو الأسوأ؛ لذا فمعرفة الاخصائي الاجتماعي بخصائص كل فئة يمكنه من وضع البرامج المناسبة لها.

3. الخطوة الثالثة

معرفة مبادئ وضع وتصميم برامج رعاية المسنين تبعاً لخصائص النمو وهناك مبادئ وأسس عامة ينبغي مراعاتها عند تصميم أو تخطيط البرامج وأهمها:

أ. يجب اعتبار البرنامج وسيلة لتحقيق الأهداف وليس غاية في حد ذاته.

ب. مراعاة التكامل بين أهداف البرنامج وأهداف المجتمع والمؤسسة وأهداف المشاركين.

ج. استثمار كافة أنواع التفاعلات المترتبة على البرنامج استثماراً ايجابياً.

د. إشراك المسنين أنفسهم في وضع وتنفيذ البرامج.

ه. مناسبة البرنامج لخصائص وظروف المسنين الاجتماعية والاقتصادية بحيث يتناسب مع المستويات السائدة.

و. اتفاق البرنامج مع حاجات المسنين وتنوعها.

ز. مناسبة البرنامج لعدد المسنين المشتركين.

ح. الاستفادة من كافة موارد المؤسسة الداخلية والخارجية مما يسهم في زيادة فعالية البرامج وزيادة حصيلة الخبرات التي يوفرها.

ط. أن يتسم البرنامج بالمرونة والابتكار .

ي. الاهتمام بالتقويم المستمر لإجراء التعديلات والتغيرات الملائمة بالبرنامج والمناسبة لطبيعة التغير المتلاحق الذي يعتري المسن.

4. الخطوة الرابعة

تحديد المهارات التي يحتاج المسنون لاكتسابها: تهدف هذه الخطوة إلى تحديد الكفايات والمهارات التي يتوقع الاخصائي الاجتماعي تحقيقها في نهاية تنفيذ البرنامج وتتطلب منه أن يقوم بتحديد المستويات المعيارية التي يجب أن يصل إليها المسن بعد انتهاء البرنامج والتي يمكن تقسيمها إلى:

أ. مهارات معرفية: حيث ينبغي التأكيد على أهمية زيادة معارف المسن بكثير من الأمور سواء التي تبدو لنا أنه على علم بها، أو التي نعلم أنه يجهلها نظراً لما تم توضيحه سابقاً من أن أحد السمات العقلية للمسنين هي تغير الأفكار والمعتقدات واختلاف المفاهيم.

ب. المهارات الحياتية: حيث ينبغي أن تركز البرامج على أهمية إكساب المسن القدرة على التعامل مع الآخرين وتحمل المسؤولية الشخصية في قضاء بعض الحاجات الشخصية، و أن يربط بين الأحداث، وأن يقدر الوقت اللازم لأداء كل نشاط، وأن يرتب الأحداث وأن يناقش أحداث الحياة اليومية، ويشارك بالرأي في المواقف الحياتية المختلفة وغيرها من مهارات الحياة اليومية التي تعزز لديه الشعور بالثقة بالنفس وتحمل المسؤولية والإقبال على الحياة بإيجابية.

5. الخطوة الخامسة

تحديد وإعداد الأدوات والخامات المناسبة لتنفيذ البرامج حيث يتطلب تحقيق أهداف البرنامج وتنفيذها مع المسنين الاعتماد على عدد من الأدوات المناسبة لفئات المسنين المختلفة وعند اختيار هذه الأدوات فإن الاخصائي الاجتماعي لابد أن يراعي الشروط التالية:

أ. الفئة العمرية للمسنين المطبق عليهم البرامج فما يناسب شريحة الشيخوخة المبكرة من أدوات قد لا يلائم شريحة الهرم.

ب. مستوى قدرات ومهارات المسنين.

ج. توافر عوامل الأمن والسلامة في الأدوات المستخدمة.

د. مناسبة الأدوات لمساعدة المسنين على تطوير مهاراتهم المختلفة.

ومن أمثلة الأدوات المستخدمة في البرامج (الأوراق، الأقلام، الكتب، بعض أدوات اللعب، بعض أدوات الموسيقى، بعض الأدوات الرياضية... وغيرها).

6. الخطوة السادسة

تحديد أنشطة البرنامج: وتتطلب هذه الخطوة دراسة الاخصائي الاجتماعي لجماعة المسنين التي ستشارك في البرنامج لتحديد اتجاهها لمجال النشاط، ومحاولة تلبية كافة الاحتياجات لممارسة أنشطة البرامج ومن أمثلة أنشطة البرامج (الثقافية، الرياضية، الاجتماعية، الفنية........ وغيرها) ومن خلال خبرة المؤلفة في القيام ببحث حول دور الجماعة كأداة في تدعيم ممارسة المسنين لحقوقهم ومن خلال زيارة العديد من مؤسسات رعاية المسنين؛ يمكن القول بأن الأنشطة الاجتماعية تحتل صدارة أنواع الأنشطة المحببة للمسنين والمتمثلة في التفاعلات والحديث عن الذكريات يليها الأنشطة الفنية ثم الثقافية ثم الرياضية.

ولا يعد ذلك تعميما ولكن استرشاداً بما تمت ملاحظته وقد يختلف أو يتفق المتخصصون حول الأنشطة المحببة لفئة المسنين وفقاً لخصائص الشريحة المطبق عليها البرنامج.

7. الخطوة السابعة

تحديد أساليب تنفيذ البرنامج (التكنيكات): تقع على الاخصائي مسؤولية اختيار وسائل التنفيذ الملائمة للأهداف ولخصائص المشاركين وتتنوع أساليب تنفيذ البرامج على عند الاستقرار على أنواع النشاط الملائمة لتحقيق الأهداف ويستطيع الاخصائي الاجتماعي الانتقاء من الأساليب التالية:

أ. أسلوب المحاضرة: حيث يؤدي المسنون من خلال هذا الأسلوب دور المتلقي، وينبغي التأكيد على أن المحاضرة قد لا تكون أسلوبا ملائما لتطوير مهارات المسنين إلا أنها مفيدة في إطار المهارات المعرفية التي يحتاج إليها المسنون.

ب. أسلوب المناقشة الجماعية: ويفيد هذا الأسلوب إذا كانت أعداد المشتركين قليلة وعلى الاخصائي الاجتماعي مراعاة كافة الشروط اللازمة للحلقة النقاشية ومساعدتهم على طرح الأفكار وتبادل المعلومات.

ج. أسلوب تمثيل الأدوار: ويقوم هذا الأسلوب على فكرة مؤداها أن يطلب الاخصائي الاجتماعي من المسنين تمثيل بعض الأدوار الواقعية أو الافتراضية ومتابعة هذه العملية ليكتشفوا وخاصة القائمين بالأدوار عن الآثار الناجمة عن تصرفاتهم أو علاقاتهم على الآخرين وعلى درجة رضاهم ومعدلات أدائهم.

د. أسلوب سرد الذكريات (القصة): وهو من الأساليب المحببة للمسنين؛ حيث يجدون المتعة التلقائية في سرد الذكريات ويميلون إليها مما يمكنهم من تذكر الجوانب التي تتسم بالتفاؤل وعلى الأخصائي الاجتماعي استثمار هذه الذكريات وتوجيهها التوجيه الملائم لتحقيق أهداف البرنامج، ويؤكد على ذلك العديد من الدراسات والبحوث.

سادسا: عوامل نجاح برامج رعاية المسنين

1. مراعاة الفروق الفردية عند وضع وتصميم البرنامج (فلكل مسن حاجاته ورغباته وميوله والأخصائي الاجتماعي الناجح هو الذي يحرص على مساعدة المسنين على ممارسة برامج تتصف بالتنوع لمقابلة حاجاتهم ومشكلاتهم المتنوعة.
2. إشراك المسنين أنفسهم في اختيار أنشطة البرامج الممارسة أثناء عملية وضع وتصميم البرنامج.
3. التدخل المهني عند اللزوم تجنباً للتدهور فمجال رعاية المسنون يعد أحد المجالات ذات الطبيعة الخاصة التي تتطلب مهارة الاخصائي في حساب تدخلاته وتأثير هذه التدخلات على استجابة المسن لممارسة الأنشطة والتفاعل حولها أثناء تنفيذ البرنامج.

سابعا: عوامل فشل برامج رعاية المسنين

تتعدد وتتداخل العوامل التي قد تؤدي إلى عدم نجاح برامج رعاية المسنين فقد ترجع هذه العوامل إلى المسنين أنفسهم، أو المؤسسة أو البرامج أو الاخصائيين الاجتماعيين أو فريق العمل بالمؤسسة وذلك على النحو التالي:

العوامل التي قد تتصل بالمسنين انفسهم وتؤدي إلى فشل البرامج

1. الفروق الفردية بين المسنين نتيجة اختلاف قدراتهم وآرائهم وميولهم وكذلك الفئة والشريحة التي ينتمون إليها.
2. الخصائص المتعددة للمسنين تؤثر على نجاح البرامج نتيجة اختلاف أمزجتهم وأفكارهم فقد نجد الانسحابيين أو الانطوائيين أو الذين يشعرون بالملل.

3. وفاة البعض ومرض البعض الآخر يؤثر على ممارسة باقي الأعضاء للبرامج.
4. عدم اقتناع بعض المسنين بأهمية وجدوى البرامج الممارسة.

العوامل التي قد تتصل بجماعة المسنين المشتركين في البرنامج

1. صغر حجم الجماعة أو كبرها يؤثر على قدرة المسن على الاستماع بالبرامج ففي الجماعات الصغيرة قد لا توجد دافعية للتفاعل وفي الجماعات كبيرة الحجم قد لا يجد المسن نفسه وسط الأعداد الكبيرة.
2. كثرة الخلافات والنزاعات بين أعضاء الجماعة نظراً لطبيعة المرحلة السنية حيث تغلب على أعضاء الجماعة محاولة فرض الرأي والسيطرة على الآخرين.
3. عدم وضوح الأهداف التي تكونت الجماعة من أجلها لدى البعض يؤثر على ممارسة البرامج، ويحتاج كبار السن عادة إلى شرح واضح ومنظم للأهداف وبصفة مستمرة وتقديم أنماط ايجابية لأهداف تم تحقيقها وتكرار الأهداف بين الحين والآخر نظراً لطبيعة المرحلة التي تستدعي التكرار تجنباً للنسيان، وينبغي أن لا يكون التكرار بشكل ممل للأفراد الذين لا يعانون من هذه المشكلة حفاظاً على خصوصيتهم.
4. صعوبة توزيع الأدوار والمسؤوليات عليهم مما يتطلب مهارة عالية من قبل الأخصائي الاجتماعي لإقناع جماعة المسنين على أهمية تنظيم الجماعة حرصاً على نجاح البرنامج.
5. صعوبة ضبط معايير التجانس من حيث الشريحة العمرية أو الاهتمامات أو المستوى الثقافي فقد يجمع أعضاء الجماعة فقط أنهم نزلاء بنفس دار الرعاية.

العوامل التي قد تتصل بالبرنامج وتؤدي إلى عدم نجاحه

1. فقدان البرنامج للجاذبية، حيث تعد الجاذبية أحد أهم العوامل التي يجب أن يحرص عليها الاخصائي الاجتماعي لضمان استمرارية المسنين بالبرامج والاستفادة منها.
2. طول البرنامج فالبرامج الطويلة لا يقوى معظم كبار السن على الاستمرار في ممارستها نظراً لحاجتهم المستمرة للراحة والاسترخاء.
3. عدم التنوع في الأنشطة المقدمة، حيث يحتاج المسنين إلى التنوع باستمرار لمقابلة الاحتياجات والمشكلات المتنوعة وهو أمر حتمي فرضته طبيعة المرحلة واقتصار البرامج على نوع واحد من الأنشطة قد يشعر البعض الآخر بالملل ويجعله يتسرب من ممارسة البرامج.

العوامل التي تتصل بالمؤسسة وتؤدي إلى فشل البرامج

1. نقص الإمكانيات قد يؤدي إلى عدم قدرة المؤسسة على تقديم برامج ذات مستوى جودة عال لصعوبة توفير الأدوات الملائمة لممارسة الأنشطة.
2. إهمال بعض المؤسسات التركيز على البرامج المتنوعة لرعاية المسنين والاقتصار على الخدمات المتعلقة بالإعاشة والرعاية الصحية فقط.
3. قصور الهيكل التنظيمي بالمؤسسة ونقص الموارد البشرية اللازمة للعمل مع كبار السن داخل المؤسسة.
4. عدم الاهتمام بالتدريب المستمر لأعضاء فريق العمل وتطوير مهاراتهم لخدمة ورعاية المسنين.

العوامل التي تتصل بفريق العمل وتؤدي إلى فشل البرامج المقدمة لرعاية المسنين

تحتاج مؤسسات رعاية المسنين إلى فريق عمل مؤهل ومدرب لتحقيق أهداف المؤسسة الذي يتمثل في (الأخصائي الاجتماعي – الأخصائي النفسي – الطبيب – الممرضين – الواعظ الديني – أخصائي التغذية – أخصائي التربية الرياضية ... الخ).

وهناك ثمة عوامل قد تؤدي إلى فشل البرامج وترتبط بفريق العمل أهمها:

1. عدم تعاون أعضاء فريق العمل في تنفيذ البرامج المقدمة.
2. العمل بشكل فردي والتعالي على باقي أعضاء الفريق.
3. حداثة بعض أعضاء فريق العمل ونقص الخبرة الفنية في التعامل مع المسنين.
4. عدم اقتناع بعض أعضاء فريق العمل بأهمية العمل الجماعي المقدم.
5. عدم رغبة بعض أعضاء الفريق في خدمة المسنين أنفسهم وعدم قدرتهم على الاستمرار في العمل (فالعمل مع هذا المجال الإنساني يتطلب في المقام الأول توافر الرغبة الصادقة من كل عضو من أعضاء فريق العمل في خدمة المسنين ورعايتهم.
6. إهمال الاجتماعات بين التخصصات المختلفة للوصول الى رؤى مشتركة تترجم إلى برامج ذات فعالية.

العوامل التي تتصل بالأخصائي الاجتماعي

1. حداثة عهد الأخصائي الاجتماعي ونقص الخبرة المهنية.
2. صغر سن الاخصائي قد يشكل عائقاً أمام اقتناع المسنين بقدرته على مساعدتهم .

3. إهمال عناصر التفاعل وعدم قـدرة الاخـصائي الاجتمـاعي علـى اسـتثمار التفاعلات لتطوير وتنمية مهارات المسنين.
4. عدم قدرة الاخصائي على الإلمام بنوعية البرامج ذات الفعاليـة لمجـال رعايـة المسنين.
5. إهمـال الاخـصائي الاجتمـاعي إشـراك أعـضاء جماعـة المـسنين في وضـع وتصميم البرامج واعتبارها مسؤوليته وحده.
6. عدم قدرة الاخصائي الاجتمـاعي علـى تكـوين علاقـات مهنيـة طيبـة مـع أعضاء جماعة المسنين بما يفقده القدرة على توجيههم .
7. إهمال التدريب والتطوير المستمر في مجال العمل مع المسنين.

ثامنا: أنواع برامج رعاية المسنين

تتنوع برامج رعاية المسنين في إطار مهنة الخدمة الاجتماعية وفقـاً لأهـداف المهنة إلى:

1. برامج علاجية.
2. برامج وقائية.
3. برامج إنمائية.
4. برامج عامة (برامج المناسبات).

1. البرامج العلاجية

يتم الاعتماد على البرامج العلاجية لتحقيق أهداف علاجية لمشكلات قـد حدثت بالفعل ويقـصد بالبرنـامج العلاجـي: كافـة الأنـشطة والتفـاعلات الـتي يمارسها أعضاء جماعات المسنين وتستهدف مساعدتهم للتغلـب علـى المـشكلات

المتنوعة التي يعانون منها تحت توجيه وإشراف الأخصائي الاجتماعي وبالتعاون مع فريق العمل المتخصص بمؤسسات رعاية المسنين في إطار أهداف المؤسسات المبنية على أهداف وثقافة المجتمع.

وتتمثل مراحل وضع وتصميم البرامج العلاجية في مجال رعاية المسنين في إطار مهنة الخدمة الاجتماعية فيما يلي:

أ. التقدير المهني متعدد الأبعاد: للموقف ونوع المشكلة التي يعاني منها المسن؛ وعلى الرغم من أن البرامج تكون ذات طابع جماعي إلا أن عملية التقدير تحتاج من الاخصائي القيام بها لكل عضو من أعضاء جماعات المسنين على حدا وللجماعة ككل.

ب. تحديد الهدف من التدخل بالبرنامج العلاجي. وترتبط هذه المرحلة من مراحل البرنامج بتحديد نوع المشكلة المراد مساعدة المسنين في التغلب عليها، تحديد أنواع الأنشطة لترجمة الأهداف إلى أنشطة في البرنامج الممارس فلكل سلوك أو مشكلة نشاط يقابله وتكنيكات فنية مرتبطة لمساعدتهم على التغلب على الموقف الإشكالي. ويحرص الأخصائي الاجتماعي على ضم الأعضاء ذوي المشكلات المتشابهة كأحد معايير التجانس الهامة لتطبيق ونجاح البرنامج العلاجي.

ج. اختيار تكنيكات التنفيذ: تتنوع تكنيكات تنفيذ برنامج رعاية المسنين ومنها (المناقشة الجماعية – القصص وسرد الذكريات – لعب الدور – العصف الذهني... الخ).

د. تنفيذ البرنامج: وتُعنى هذه المرحلة بترجمة الأنشطة والتفاعلات إلى واقع ملموس في ضوء الأهداف التي تم تحديدها، ويكون الأخصائي الاجتماعي

مسؤولا مسؤولية مباشرة عن توجيه التفاعلات واستثمارها؛ وتتطلب هذه المرحلة تحديد وترتيب أماكن التطبيق ومدى ملاءمتها لطبيعة المسنين، وكذلك مدى توافر الأدوات والخامات ومراعاة الحالة الصحية والنفسية للمشتركين ومراعاة وقت جلسات تنفيذ البرنامج، أعضاء فريق العمل اللازم لتنفيذ البرنامج، استثمار التفاعلات وتوجيهها

٥. تقويم البرنامج: وتعد مرحلة هامة من مراحل البرنامج العلاجي لتحديد مناطق القوة والضعف في البرنامج وتحديد وقياس أثر التغيرات التي حدثت على المسن نتيجة الاشتراك في البرنامج العلاجي.

أمثلة على البرامج العلاجية

- البرامج التي تستهدف تعديل بعض السلوكيات الصادرة من المسن والتي تسبب في إحداث مشكلات للمسن ذاته.
- البرامج التي تستهدف التغلب على مشكلات اجتماعية ونفسية يعاني منها المسن (العزلة، الانطواء، العدوان، الاكتئاب، القلق...الخ).
- البرامج التي تستهدف مواجهة مشكلات صحية ناجمة عن عادات صحية خاطئة لدى المسن (العناية بالجسم، التمارض، نقص ممارسة الرياضي...الخ).

مهام الاخصائي الاجتماعي في البرامج العلاجية

تتطلب البرامج العلاجية تدخلات محسوبة من الاخصائي الاجتماعي لمساعدة المسنين على مواجهة مشكلاتهم؛ لذا فإن هناك عدد من المهام التي ينبغي عليه الالتزام بها عند تطبيق هذا النوع من البرامج أهمها:

- توظيف النظريات والنماذج العلمية في الخدمة الاجتماعية، والنظريات المستمدة من العلوم الأخرى في فهم خصائص المسنين وفروقهم الفردية والاستفادة منها في التحليل والربط بين الأنماط السلوكية والمشكلات الناجمة عنها.
- استثمار موارد المؤسسة الداخلية والخارجية الاستثمار الأمثل بما يضمن تحقيق البرنامج العلاجي لأهدافه.
- الالتزام بدقة تنفيذ تكنيكات التدخل المهني من خلال مراعاة الفنيات الخاصة واللازمة لكل أسلوب من أساليب التنفيذ.
- استثمار التفاعلات بين أعضاء جماعة المسنين من خلال تدعيم وتعزيز النتائج الإيجابية.
- رصد الاحتياجات غير المشبعة والتي لم تحققها تكنيكات البرنامج المستخدمة لتطويرها وتعديلها وتطوير وتعديل الأهداف مع إيجاد البدائل الملائمة.
- التعزيز والتشجيع الدائمين للمسنين لكل ما يتم تحقيقه من أهداف.

وهناك إرشادات عامة لنجاح برامج رعاية المسنين العلاجية نوجزها فيما يلي:

- تجنب معاملة المسنين على أنهم أطفال أو أنهم غير قادرين على فهم ما يقوله أو يريده الاخصائي الاجتماعي.
- البعد عن التركيز على جوانب الضعف والتدهور التي تعتري المسنين.

2. برامج المساعدة الوقائية

تكمن جدوى برامج المساعدة الوقائية للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين فيما توفره هذه البرامج من وقت وجهد وتخفيف عبء العلاج بصفة عامة وترشيد استخدام موارد الرعاية الاجتماعية ويقصد بالبرامج الوقائية:

كافة الأنشطة والتفاعلات التي يمارسها أعضاء جماعة المسنين تحت توجيه وإشراف الاخصائي الاجتماعي وبالتعاون مع فريق العمل المتخصص بهدف درء وقوع المشكلات قبل وقوعها أو تقليل عدد الذين يعانون من مشكلة ما بميدان رعاية المسنين وتنقسم البرامج الوقائية إلى ثلاث مستويات من البرامج:

أ. برامج الوقاية الأولية

وهي تلك البرامج التي تهدف إلى درء وقوع المشكلات قبل وقوعها ومن أمثلة برامج الوقاية الأولية بمؤسسات رعاية المسنين:

- برامج التطعيمات والتحصينات ضد الأمراض.
- برامج التغلب على مشكلات سوء التغذية للمسن.
- برامج الأمن والسلامة المرتبطة ببيئة المؤسسة.
- برامج الرعاية النفسية والاجتماعية التي تحسن من الحالة النفسية للمسن وتحسن من مستوى العلاقات الاجتماعية مع المحيطين.

ب. برامج المساعدة الوقائية من الدرجة الثانية (الثانوية)

تهدف إلى الاكتشاف المبكر للمشكلات الفعلية المحيطة بالمسن والحيلولة دون تأثير هذه المشكلات على صحته النفسية والجسمية والعقلية والاجتماعية ومن أمثلة هذه البرامج:

- برامج الاكتشاف المبكر للمقبلين على الاكتئاب.
- برامج لتعزيز الأداء الاجتماعي لمن لديهم الاستعداد للدخول في المرض النفسي.

ج. برامج المساعدة الوقائية من الدرجة الثالثة

وتتمثل في تقديم خدمات الرعاية الخاصة والتأهيل المرتكز على المسن ذاته لاستثمار طاقاته وقدراته إلى أقصى قدر ممكن.

ومن أمثلة هذا النوع من البرامج:

- برامج التأهيل متعدد الأبعاد.
- برامج التأهيل النفسي.
- برامج التأهيل الاجتماعي.

مهام الاخصائي الاجتماعي في البرامج الوقائية

أ. الاهتمام التام بأسرة المسن ودراسة كافة جوانبها الحياتية.

ب. تحديد الأدوار والمهام التي يمكن أن تشترك بها أسرة المسن.

ج. تنظيم الأوقات مع أسرة المسن لاستثمار أوقات فراغ الأسرة في قضائها مع المسن لما لهذه الأوقات من دور في زيادة الألفة والود بين أعضاء الأسرة والمسن ووقايته من الوقوع في المشكلات.

د. متابعة دور الأسرة في تحسين الحالة الاجتماعية والصحية والنفسية والاجتماعية للمسن.

ه. إبراز مواهب المسنين وقدراتهم التعاونية مع بعضهم البعض ومع أسرهم.

و. إعداد البرامج العائلية التي تعين على أساليب التعامل الصحيح للأسر مع المسن.

3. **برامج المساعدة التنموية (الإنمائية)**

ويقصد ببرامج المساعدة التنموية: مجموعة الأنشطة والتفاعلات التي يمارسها أعضاء جماعة المسنين وتهدف إلى تنمية وتطوير قدراتهم بما يسهم في زيادة قدراتهم على مواجهة مشكلاتهم حتى بالرغم من عدم وجود فريق المساعدة، وترتكز هذه النوعية من البرامج على قدرات المسن بالاعتماد على المسن ذاته.

ومن أمثلة البرامج المساعدة الإنمائية:

أ. برامج تنمية المهارات الاجتماعية.

ب. برامج تعزيز الجوانب النفسية الايجابية.

ج. برامج التدريب على المهارات الحياتية.

د. بعض برامج الرعاية الصحية المعتمدة على تحفيز قدرات المسن على خدمة ذاته ... الخ.

مهام الاخصائي الاجتماعي في البرامج الإنمائية

- تحديد جميع المشكلات التي واجهت المسن داخل الأسرة وتقديرها وترتيبها لمنع تأثيراتها السلبية على قدرات المسن والعمل على تصحيح الصورة وتبصير المسن بطاقاته وقدراته.
- التشجيع الدائم للمسن والحث على التفاعل الإيجابي مع القرناء خلال ممارسة الأنشطة.

- استثمار الحوار المفتوح بين جماعات المسنين مع تدعيمه بالحب والترحيب بالآراء.
- مناوبة دور القيادة خلال اجتماعات المناقشة التي يعقدها مع المسنين ليشعر كل بذاته وقيمته.
- إظهار المكتسبات والنتائج الإيجابية المحققة من خلال إظهار مدى تقدمهم في البرامج والأنشطة بمعنى إلقاء الضوء مع التطوير الايجابي بشخصيتهم.
- إتاحة كافة الفرص التي تسمح بالتعبير عن الرأي .
- التأكيد على المساندة الاجتماعية كقيمة من قبل الاخصائي الاجتماعي وفريق العمل والمؤسسة والمسنين وبعضهم البعض.

4. البرامج العامة (برامج المناسبات)

تعقيب عام على برامج رعاية المسنين:

أ. جميع البرامج على نفس الدرجة من الأهمية في تطبيقها بمجال رعاية المسنين إلا أن البرامج الإنمائية تحقق الهدف الأسمى للمهنة وهو تطوير وتنمية قدرات المسنين.

ب. صعوبة الفصل بين البرامج عند التطبيق: فالبرامج العلاجية قد تسفر عن تحقيق أهداف وقائية، وكذلك البرامج الوقائية قد تحقق أهدافا علاجية وإنمائية، والبرامج الإنمائية تساعد المسنين على التغلب على مشكلاتهم المستقبلية مما يحقق أهدافاً علاجية مستقبلية.

تاسعا: أنشطة برامج رعاية المسنين

مفهوم الأنشطة الجماعية

يرى (توسلاند Toseland) أن كل نشاط موجه يمارس مع الجماعات الصغيرة يسهم في مقابلة الحاجات الاجتماعية والنفسية التي توجه لأعضاء الجماعة والجماعة ككل، وذلك من خلال نسق البرنامج.

وأوجه نشاط البرنامج هي الوسائل التي يعمل من خلالها أعضاء الجماعة كأفراد ويرتبطون بغيرهم من الأعضاء والوسائل التي تتطور الجماعة عن طريقها، فهناك أنشطة تدعم الفرد وتعطيه الاعتراف به في الجماعة، كما أن هناك أنشطة أخرى تحفزه.

وتسهم الأنشطة في بناء وتحقيق الشخصية المتوازنة المتكاملة وذلك عن طريق تنمية وصقل الطاقات والمواهب، من خلال تنوعها (الاجتماعي والثقافي والعلمي والفني والرياضي) ويشرف على هذه اللجان الأخصائي الاجتماعي بالمؤسسة.

ويمكن تعريف أنشطة رعاية المسنين إجرائيا على أنها:

1. جزء من الأنشطة العامة لرعاية المسنين.
2. توضع وتنفذ وفق خطة محددة لتحقيق أهداف المؤسسة ورسالتها.
3. تتكون من مجموعة من الأساليب الفنية المتنوعة.
4. يمارسها المسنون في إطار فردي و جماعي.
5. تهدف إلى تبادل الخبرات و المعارف والمهارات بين المسنين.
6. وتسهم في تعديل وتعزيز اتجاهاتهم وسلوكياتهم وقيمهم.

7. وتراعي احتياجاتهم وميولهم ورغباتهم.
8. وتنفذ تحت توجيه وإشراف المتخصصين.

اهمية الأنشطة للمسنين

لا تقل أهمية النشاط للمسن عن الرعاية الصحية لـه،فلم تعـد مؤسـسات رعاية المسنين للإيواء فقط بل أصبحت في الوقـت الحاضـر مؤسـسات متكاملـة تهتم بجميع جوانب شخصيته ليجد فيها إشـباعا لمختلـف رغباتـه وحاجاتـه مـن خلال المشاركة المتاحة له في كافة جوانب النشاط.

الوظائف الأساسية لأنشطة رعاية المسنين

تقـوم أنـشطة بـرامج رعايـة المـسنين بالعديـد مـن الوظـائف النفـسية والاجتماعية التي يمكن تلخيصها على النحو التالي:

تقوم الوظيفة النفسية للنشاط بزيادة الدافعيـة لـدى المـسنين حيـث يـسهم النشاط في ترميم البناء النفسي للمسنين، ويساعد على التعبير عـن الانفعـالات، وتفريغ الرغبات المكبوتة والنزعات السلبية، كما ويسهم في القضاء على العديـد من المشكلات النفسية التي يعاني منها وكذلك الـتخلص مـن المخـاوف والتـوتر والقلق مما يسهم في تحقيق السعادة والاتزان الانفعالي للمسن،من خـلال تفاعـل هم حول الأنشطة مع أقرانهم.

بينما تشير الوظيفة الاجتماعية للنـشاط إلى قدرتـه علـى إشـباع الحاجـات الاجتماعية للمسن مثل الحاجة إلى الانتماء إلى جماعة الرفاق، كما يساعد النشاط على تحقيق الود والتعاون والتوفيق بين الحاجـات الشخـصية وحاجـة الجماعـة، والعمل على الموازنة بينهما، ويسهم في تجسيد مفهوم العمـل التعـاوني المـشترك الذي يزيد مشاعر الود والألفة بين المـسنين، كمـا ويـساعد النـشاط في التـدريب

على تحسين قدراته خاصة القدرة على العمل والخدمة الذاتية، و يحقق النشاط نمو المهارات الاجتماعية التي تناسب ميول المسنين وتشبع حاجاتهم وتحقق التقبل والاندماج المؤسسي.

وتصنف أنشطة برامج رعاية المسنين وفقاً لأنواعها إلى ما يلي:

1. أنشطة اجتماعية: وسيلة التفاعل المبني على الحوار والمناقشة بين المسنين وتوصف بأنها جماعية ولها دور هام في التأثير الايجابي على شخصية المسن لاعتمادها على التفاعل الجماعي.
2. أنشطة ثقافية: أحد مكونات البرنامج الذي يعد وسيلة لتعزيز وتنمية الجوانب الفكرية لدى المسن.
3. الأنشطة الفنية: تعد الأنشطة الفنية وسيلة غير لفظية للتواصل والتفاهم في التأثير على النواحي النفسية لما لها من تأثير ايجابي مباشر على تعديل السلوك، فالفن يعطي الفرصة للمسن للتعبير عن الذات عن طريق تذوق الجمال واستهجان القبيح فهو أداة جماعية تحقق التوازن بين الجوانب العقلية والحسية.
4. الأنشطة الرياضية: أداة لتفريغ الطاقات وتحرير النفس من التفكير في المشكلات التي يعاني منها المسن فهي تساعده على كسب الثقة في النفس لاستمرار اللياقة البدنية والمقدرة الصحية.
5. الأنشطة الدينية: تعد من الوسائل الهامة لحياة المسن التي تتيح له الشعور بالسعادة وتهيئه للشعور بالرضى عن نفسه وعن من حوله، ويؤكد الواقع الفعلي الدور الايجابي للأنشطة الدينية في تحسين كافة جوانب شخصية المسن.

مراجع الفصل الخامس

1. أبو النصر، مدحت محمد (2008): الاتجاهات المعاصرة عند ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية، مجموعة النيل العربية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
2. أبو النصر، مدحت محمد (2009): فن ممارسة الخدمة الاجتماعية، الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
3. جمعة، سلمى محمود (1998 / 1999): ديناميكية طريقة العمل مع الجماعات، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.
4. الخطيب، أحمد (2008م): تصميم البرامج التدريبية للقيادة التربوية، عالم الكتب الحديث، اربد، الأردن.
5. الرفاعي، سعد بن سعيد (2007): إجراءات النشاط الطلابي، خوارزم العلمية للنشر والتوزيع، جدة، المملكة العربية السعودية.
6. الشربيني، لطفي عبد العزيز (د. ت): أسرار الشيخوخة مشكلات المسنين وكيفية علاجها، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
7. صادق، آمال؛ أبو حطب، فؤاد (1990): نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.

8. الصباحي، إبراهيم بن سالم، ورسلان، محمود يوسف (1429 هـ-2008م): سيكولوجية كبار السن، حقوق النشر للمؤلفين، الهفوف، المملكة العربية السعودية.

9. الغرايبة، فيصل محمود (2011م)، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

10. فهمي، محمد سيد (2009): العولمة والشباب من منظور اجتماعي، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.

11. الكرخي، مجيد (2013م)، تخطيط وتقييم البرامج، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

12. ماريني كوري وآخرون ترجمة زريقي، سيف الدين (2013م)، المجموعات الممارسات والتطبيقات، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، الأردن.

13. مرعي، إبراهيم بيومي، البغدادلي، محمد حسين (د. ت): الجماعات في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.

14. منصور، رشدي فام (2000): علم النفس العلاجي والوقائي رحيق السنين، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.

15. الميلادي، عبد المنعم (2002): الأبعاد النفسية للمسن، مؤسسة شباب الجامعية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.

16. نجم، ضياء الدين إبراهيم (2000): الجماعات الاجتماعية مداخل نظرية ومواقف تطبيقية، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.

17. الرفاعي، سعد بن سعيد (2007): إجراءات النشاط الطلابي، خوارزم العلمية للنشر والتوزيع، جدة، المملكة العربية السعودية.

18. الشربيني، سعدية عبد الحميد، وآخرون (2011): دور بعض الأنشطة الفنية في خفض السلوك العدواني لدى أطفال الروضة، بحث منشور، مجلة بحوث التربية النوعية، جامعة المنصورة، ع 22، ج1.

19. Toseland, Ronald. W & McClive-Reed, Kimbeply (2009): Social Group Work: International and Global Perspectives, Taylor & Francis Group, LLC.U.S.A.P.P5-13

الفصل السادس

العمل الفريقي

مقدمة

أولا: مفهوم العمل الفريقي

ثانيا: خصائص العمل الفريقي

ثالثا: أهمية العمل الفريقي في مجال رعاية المسنين

رابعا: أهداف العمل الفريقي في مجال رعاية المسنين

خامسا: المبادئ التي يجب أن يقوم عليها العمل الفريقي

سادسا: محددات عمل الفريق

سابعا: المقومات الأساسية للعمل الفريقي

ثامنا: عناصر العمل الفريقي في مؤسسات رعاية المسنين

تاسعا: تكنيكات التعامل مع فريق العمل بمؤسسات رعاية المسنين

عاشرا: الخدمة الاجتماعية والعمل الفريقي في مجال رعاية المسنين

مراجع الفصل السادس

الفصل السادس

العمل الفريقي

مقدمة

تعد فرق العمل في مجال رعاية المسنين بالمؤسسات المختلفة من أهم الدعائم الأساسية التي تؤدي إلى تقدم وتطور هذه المؤسسات فالعمل الفريقي يوفر استخدام كافة خبرات ومهارات العاملين بهذه المؤسسات من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين والأطباء والممرضين والإداريين، ويسهم تعاون كل هؤلاء من أعضاء الفريق في تحقيق أهداف مؤسسات رعاية المسنين والتي يعد من أهمها تلقي المسنين للخدمات والمساعدات المختلفة بأفضل صورة، وبناء على ذلك سوف نتناول في هذا الفصل مفهوم وخصائص وأهداف العمل الفريقي في مجال رعاية المسنين والمبادئ الأساسية التي يقوم عليها والمقومات الأساسية التي يرتكز عليها وتكنيكات التعامل مع فرق العمل و دور الخدمة الاجتماعية والعمل الفريقي في مجال رعاية المسنين.

أولا: مفهوم العمل الفريقي

إن مفهوم العمل الفريقي ليس مفهوماً حديثاً، ولكنه من المفاهيم القديمة التي كانت تطلق بصفة مستمرة على الفرق الرياضية، وعلى بعض التجمعات الدينية التي تقوم ببعض الأعمال التطوعية، ثم تطور هذا المفهوم في العصر الحديث وأصبحت له أهمية كبيرة، حيث بدأ يستخدم بكثرة في المؤسسات

المختلفة، وذلك لما تحققه هذه الفرق من مخرجات تساعد على تقدم وتطور تلك المؤسسات، وتجعلها قادرة على مواجهة المشكلات والصعوبات التي يمكن أن تعرقل تلك المؤسسات من تحقيق أهدافها الرئيسة لذلك فقد تعددت التعريفات الخاصة العمل الفريق.

لقد عرف مركز الخبرات المهنية للإدارة العمل الفريقي على انه "مجموعة من الأفراد الذين يوجهون مهاراتهم ومواهبهم ومعارفهم نحو تحقيق هدف أو أهداف مشتركه كل في نطاق المهمة المنوط بها".

يوضح هذا التعريف أن أفراد فريق العمل لابد ان تكون لديهم المهارات والمواهب والمعارف الكافية حتى يستطيعوا استخدامها أثناء أداء الأدوار المكلفين بها وبالتالي تحقيق الأهداف التي تكوّن من اجلها الفريق على أكمل وجه.

يعرف محمد محمد إبراهيم (2005) فريق العمل بأنه جماعه من الأفراد الذين يجب أن يتعاونوا معاً لإنجاز أهداف مشتركة، عادة ما ترتبط بأهداف القسم أو الإدارة أو المنظمة.

يوضح هذا التعريف أن التعاون هو الأساس في عمل الفريق وذلك من اجل تحقيق الأهداف التي أنشئ من اجلها الفريق سواء كانت هذه الأهداف خاصة بالإدارة أو المؤسسة.

كما يعرف العمل الفريقي على انه مجموعة من اثنين أو أكثر من الأفراد الذين يؤدون بعض المهام المتعلقة بالعمل، ويتفاعلون مع بعضها البعض بشكل حيوي، وبينهم أهداف مشتركة في الماضي، وأهداف مشتركة في المستقبل، ويربطهم مصير مشترك لذلك يسعون لإنجاز هذا العمل. (Xyrichis, 2008, 232)

ويوضح هذا التعريف أن فريق العمل هم أشخاص متواجدون في مكان عمل واحد وتربطهم أهداف محددة واحدة في الماضي والمستقبل ومصيرهم واحد في العمل وهذا هو الذي يدفعهم للتفاعل والاشتراك سويا من اجل انجاز العمل.

وقد عرف العمل الفريقي أيضاً بأنه "عناصر مترابطة من الأداء المطلوب لتنسيق فعال على أداء الأفراد متعددين التخصصات" (Beaubien, J. M., and D. P. Baker, 2004, 51)

وضح هذا التعريف العمل الفريقي على انه عبارة عن ادوار مترابطة يقوموا بتأديتها أعضاء الفريق الذين ينتمون لتخصصات مختلفة ويتم أداء هذه الأدوار من خلال التنسيق الفعال بين أعضاء الفريق.

وعرف ماهر أبو المعاطي العمل الفريقي في مجال رعاية المسنين بأنه عبارة عن "اشتراك مجموعة من المتخصصين في إطار ديناميات العمل الفريقي وأسس التعاون والتنسيق لتوفير الرعاية المتكاملة للمسن. (علي، ماهر أبو المعاطي: 2011،5).

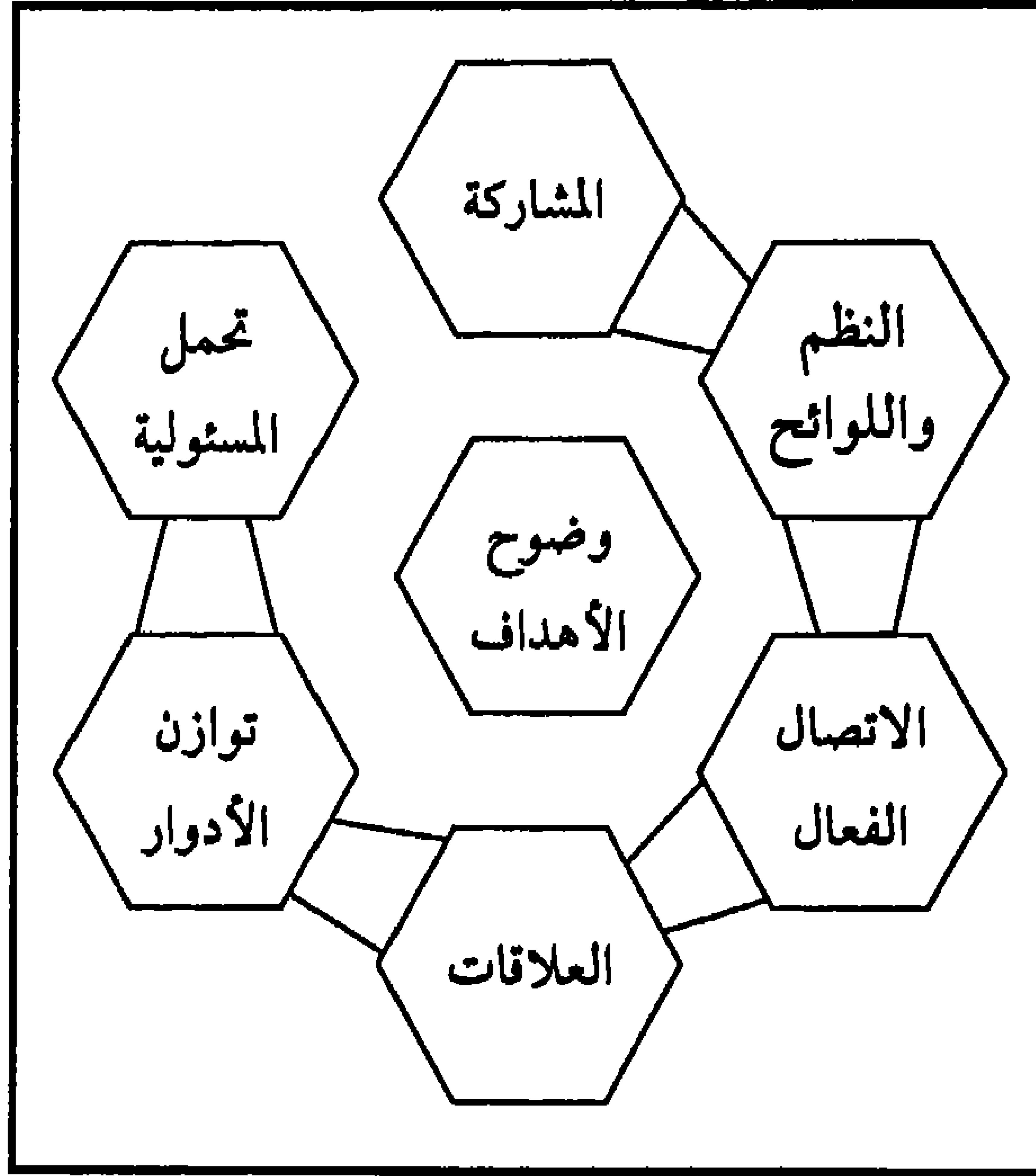
أما تعريف العمل الفريقي في مجال رعاية المسنين من جانبنا انه "عبارة عن مجموعة من الأشخاص (أخصائي اجتماعي، أخصائي نفسي، طبيب، ممرض، ادارين) تربطهم علاقة عمل واحدة ولهم تخصصات مختلفة يتعاونون سويا من أجل انجاز أهداف المؤسسة أو الإدارة، و مساعدة العملاء من المسنين على حل مشكلاتهم وتقديم المساعدات المختلفة لهم".

ومن خلال عرض التعريفات السابقة نستنتج ما يلي:

1. يعمل الفريق كجماعة واحدة من اجل تحقيق أهداف مشتركة وواضحة لهم جميعا.
2. يشترك أعضاء الفريق جميعا في شيء هام إنهم جميعا يسعون لتحقيق هدف واحد وتكون هنا المنفعة مشتركة.
3. تكون لدى أفراد الفريق مهارات وخبرات متنوعة ومتعددة وبالتالي يساعد ذلك على تحقيق الأهداف بفاعلية.
4. التزام كل عضو من أعضاء الفريق بدوره وفقا لتخصص كلا منهم.
5. وجود روح التعاون والمساندة بين أعضاء الفريق من أجل انجاز العمل وتحقيق الأهداف المطلوبة.
6. تحمل كل عضو من أعضاء الفريق مسئولية النتائج الايجابية أو السلبية المترتبة على الأعمال التي قاموا بها من اجل تحقيق الأهداف.

ثانيا: خصائص العمل الفريقي

هناك بعض السمات والخصائص التي يتميز بها العمل الفريقي وهي:



1. المشاركة

تعتبر المشاركة من أهم المميزات التي تميز العمل الفريقي حيث يشترك الأعضاء مع بعضهم البعض في انجاز الأعمال من أجل تقديم الخدمات المختلفة لكبار السن وتحقيق الأهداف سواء أكانت على مستوى الفريق أو على مستوى المؤسسة.

2. النظم واللوائح

وهي عبارة عن القواعد التي يحددها أعضاء فريق العمل وفقاً لوعيهم لأعمالهم ويلتزمون بها أثناء أدائهم لأدوارهم، لذا يعتمد العمل الفريقي الفعال

بصوره كبيرة على التحديد الدقيق لهذه القواعد من اجل انجاز العمل وتحقيق الأهداف.

3. **الاتصال الفعال**

وجود قنوات اتصال مفتوحة بين أعضاء فريق العمل تعتبر إحدى الخصائص التي يتميز بها العمل الفريقي حيث تتيح الفرصة للأعضاء للتواصل والتحاور واتخاذ القرارات بصوره سليمة تساعدهم على تحقيق الأهداف المنشودة.

4. **العلاقات**

تعد العلاقات بين أعضاء الفريق إحدى المميزات التي تميز بها العمل الفريقي، حيث يظهر ذلك بوضوح من خلال اهتمام كل عضو من أعضاء الفريق بآراء الآخرين والإنصات لهم ولأقوالهم واحترام مشاعرهم.

5. **توازن الأدوار**

من المميزات التي تميز العمل الفريقي هو انه يتم فيه توزيع الأدوار على أعضاء الفريق بصوره متوازنة، بمعنى أن يشترك كل الأعضاء في تأدية المهام وإشعار الجميع بأهميتهم في فريق العمل.

6. **تحمل المسؤولية**

وهي تعتبر من أهم الخصائص التي يجب أن يتميز بها أعضاء العمل الفريقي الفعال حيث يجب أن يكون لدى كل عضو في الفريق القدرة على القيام بأدواره على أكمل وجه، وكذلك يجب أن تكون لديهم القدرة على الاشتراك مع باقي أعضاء الفريق في مواجهة المشكلات والمواقف الصعبة التي تواجه كبار السن وتواجه فريق العمل واتخاذ القرارات بشأنها.

7. وضوح الأهداف

من أهم الخصائص التي تميز العمل الفريقي أن تكون لـه أهـداف واضـحة ومحددة يسعى جميع أعضاء الفريق إلى تحقيقها حيث يرى جون ديوي أن الهـدف هو الذي يحدد دائما النهاية التي نرجوها وهذه الأهداف هي عبارة عـن النتـائج النهائية التي يحققها أعضاء الفريـق (سـالم، سمـاح سـالم، وصـالح نجـلاء محمـد، 2012، ص 96) .

ثالثا: أهمية العمل الفريقي في مجال رعاية المسنين

1. تزايد حجم المشكلات التي يواجهها كبار السن نتيجة التغيرات السريعة الـتي تحدث في المجتمعات المعاصرة مما يتطلب تضافر جهـود كـلا مـن الأخـصائي الاجتماعي والنفسي والأطباء في مواجهة تلك المشكلات.
2. تعدد التخصصات العامة في مؤسسات رعاية المسنين يستوجب تعـاون تلـك التخصصات وتوظيفها بشكل فعال لمصلحة المسن وتقديم الخـبرة المـشتركة، خاصة وان لكل نوع من الرعايـة جوانـب متعـددة تتطلـب أكثـر مـن مهنـة للتعامل معها على أساس تقسيم العمل لتكامل تلك التخصصات في تقـديم الرعاية المتكاملة (علي، ماهر أبو المعاطي: 2011، ص 55).
3. يعتبر العمل الفريقي من الركائز الأساسية التي تعتمد عليها مؤسسات رعاية المسنين في تطوير وتحسين مستوى جودة العمل بداخلها.
4. يعتبر العمل الفريقي من الأساليب الفعالة التي تـستخدم لتحقيـق الأهـداف التي تحتاج إلى التعاون والتكامل بين التخصصات المهنية المختلفـة بمؤسـسات رعاية المسنين، ويتوقف تحقيق هذه الأهداف على مدى قدرة ومهارة هـؤلاء الأفراد على العمل معاً كفريق واحد.

5. يسهل الحصول من خلال العمل الفريقي على المعلومات الدقيقة التي تساعد على حل المشكلات التي تواجه المسنين أوحل المشكلات الخاصة بالمؤسسة.

6. تعدد احتياجات المسنين من خلال العمل ما بين صحية واقتصادية واجتماعية ونفسية مما يستوجب ضرورة توفير فرق عمل تضم تخصصات متعددة لمساعدة المسن على إشباع تلك الاحتياجات (علي، ماهر ابو المعاطي: 2011، ص56).

رابعا: أهداف العمل الفريقي في مجال رعاية المسنين

تتمثل في الآتي (Roethlisberger F.1993,)

1. بناء روح الثقة والتعاون بين الأفراد بمؤسسات رعاية المسنين.
2. تنمية مهارات الأفراد، وزيادة مداركهم. تجاه مشكلات المسنين.
3. تنمية مهارات المديرين والعاملين بمؤسسات رعاية المسنين من خلال تحسين العلاقات داخل المنظمة بين الرؤساء والمرؤوسين.
4. توفير الاتصال المفتوح بين جميع العاملين بمؤسسات رعاية المسنين بما يؤدي إلى مزيد من الشفافية والوضوح في مواجهة القضايا والمشكلات التي تواجه المسنين أو المؤسسة.
5. إعطاء مزيد من الوقت للمدرين والعاملين للتركيز على فعالية مؤسسات رعاية المسنين في مجالات التخطيط ووضع الأهداف.
6. زيادة تدفق المعلومات بين أجزاء مؤسسات الرعاية الخاصة بالمسنين.

7. الاستخدام الأمثل للموارد والإمكانات المتاحة داخل مؤسسات رعاية المسنين بما يحقق كفاءة الأداء.
8. تهيئة البيئة المناسبة لتحسين الخدمات التي تقدمها مؤسسات رعاية المسنين لكبار السن.

خامسا: المبادئ التي يجب أن يقوم عليها العمل الفريقي

1. حرية الاتصال

يجب أن يتوافر لدى أعضاء الفريق حرية التواصل المفتوح في إطار وضع الخطط لحل المشكلات الخاصة بكبار السن، مع وضع جزاءات على الأعضاء في إطار تقديم وتحقيق الاتصال المفتوح بين الأعضاء.

2. تصميم البناء المساند

وهي تعني مساعدة كل عضو من أعضاء الفريق للآخر لأداء دوره على أكمل وجه.

3. اعرف نفسك

يجب على كل عضو من أعضاء الفريق أن يعرف بوضوح تخصصاته والإسهامات التي يمكن أن يقدمها لمساعدة كبار السن من العملاء ومساعدة مؤسسته من خلال للفريق.

4. مضاعفة المصادر

وهي تعتمد على تعدد التخصصات من المهنيين العاملين في المجالات المختلفة في فريق العمل مثل أشخاص يتولون التخطيط وجمع المعلومات أو بناء النماذج الجديدة والتقييم والتخطيط للتدخل.

5. **احترام كلا منهما الأخر**

ينبغي على أعضاء الفريق أن يعرفوا التخصصات المختلفة المشتركة في الفريق وان يتعرفوا على أوجه الاتفاق والاختلاف بين مجالات العمل المتنوعة و وأن يعلنوا ثقتهم في بعضهم البعض.

6. **الاجتماع المنتظم**

لابد من أن يجتمع أعضاء الفريق بانتظام من أجل تبادل المعلومات وإجراء عمليات التخطيط لمساعدة المسنين على مواجهة مشكلاتهم وكذلك تقييم المساعدات التي تقدم لهم.

7. **تعريف المهام المختلفة**

لابد أن تحدد مهام كل عضو من أعضاء الفريق ودوره في تقديم الخدمات والمساعدات التي تقدم لكبار السن مع ضرورة توضيح هذه المهام والاتفاق عليها.

8. **تقيم عمليات الفريق والانجاز**

يجب على أعضاء الفريق تقيم العمليات التي يقوم بها الفريق في تقديم المساعدة لكبار السنّ لتحديد مدى قدرة الفريق على تحقيق الأهداف ومدى تحمل الأعضاء المسئولية عند تقديم الخدمات وتقويم جوانب النجاح والفشل حتى لا تتكرر مرة أخرى.

9. **المسئولية المشتركة**

حيث إن يتقاسم الفريق المسئولية الجماعية في تقديم المساعدة لكبار السن فمنهم من يكون مسئول عن الجوانب الصحية وتقديم الخدمات المختلفة في هذا

الجانب ومنهم مسئول عن الجوانب النفسية والاجتماعية وتقديم المساعدة لهم في مواجهة المشكلات الخاصة بهم وذلك يوضح مخرجات الخدمات التي يقوم بتقديمها أعضاء الفريق لكبار السن.

وفي النهاية يمكن القول إن فريق العمل يتفق منذ بداية العمل على مجموعة من القواعد والقوانين التي تمثل المسار الأساسي لعمل أعضاء الفريق منذ بداية تحديد الأهداف و وضع الخطط، وتحديد المهام، والتقييم، حتى تصبح معايير العمل بالمؤسسة واضحة للأعضاء ولا يحدث أي صراع أو تنازع بينهم.

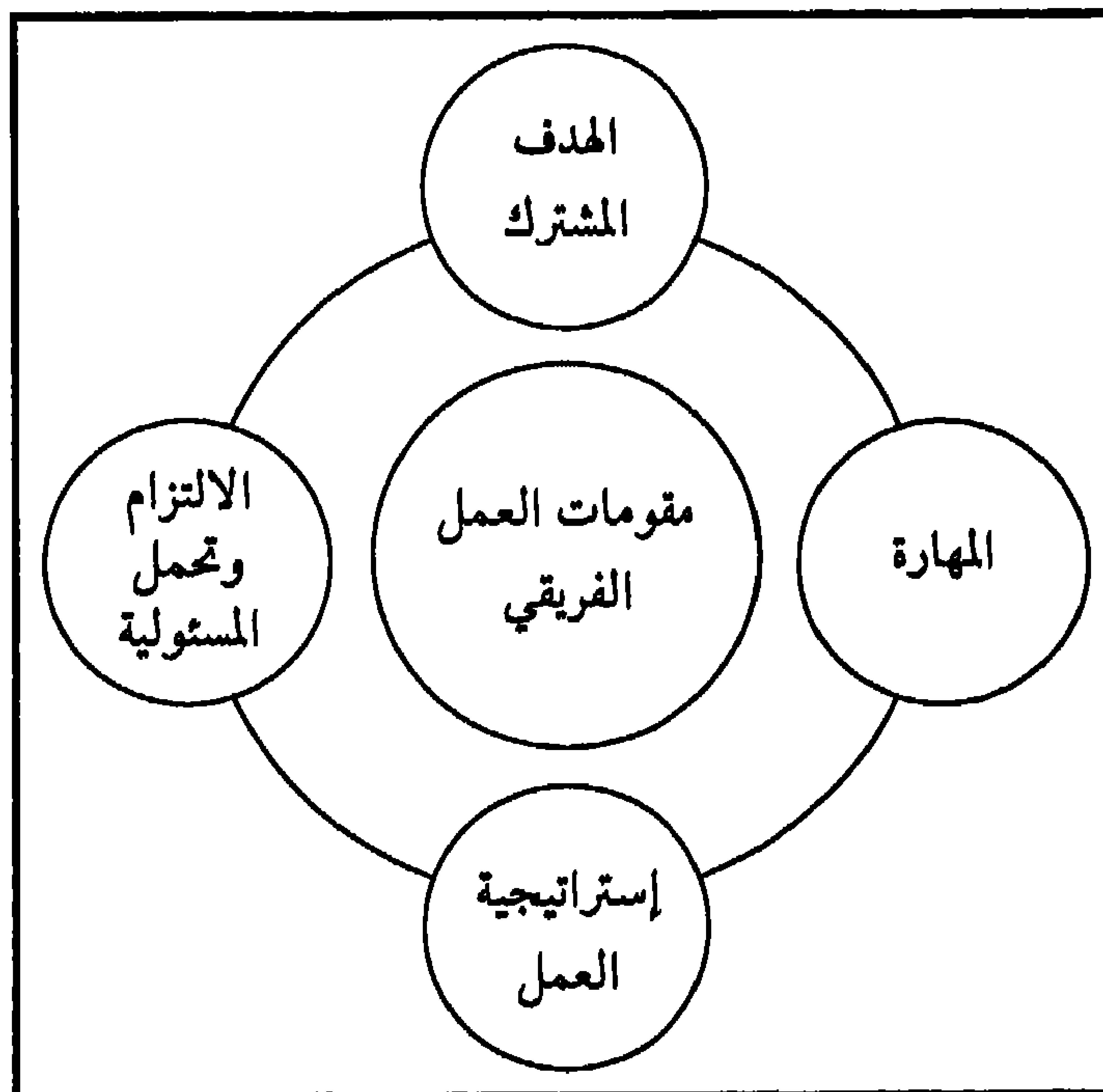
سادسا: محددات عمل الفريق

يعمل الفريق في إطار المحددات التالية: (منقر يوس، نصيف فهمي، علي، ماهر أبو المعاطي: 2009، ص 226):

1. مساعدة أعضاء الفريق على وضوح الأهداف والأدوار المرتبط بها في كل موقف.
2. مساعدة أعضاء الفريق على بناء الالتزام من خلال معرفة ما الذي يريدون تحقيقه من خلال عملهم وارتباطهم به والتأكيد على أن أعضاء الفريق يستطيعون أن يحفزوا أنفسهم.
3. التخلص من فردية الأداء وتعلم الثقة في الفريق من خلال الاستعانة بالمعلومات، تبادل الخبرات، المشاركة في اللجان والمجالات المختلفة، احترام آراء الآخرين مهما كانت.
4. التقويم الذاتي والجماعي لكل ما يقوم به الفريق في كل مرحلة من مراحل العمل.

5. استخدام الحوافز وتكون لها نتائج فعالة في زيادة حماس أعضاء الفريق على تحقيق الأهداف المرجوة.
6. الممارسة الفعالة لكل دور وارتباطه بأدوار الآخرين.
7. الارتباط بفنيات معينة في العمل لا يعرفها سوى أعضاء الفريق ويعرفوها للآخرين من خلال الإعلام المتبادل عن الأعمال المنفذة.
8. إتاحة الفرص لإبداء الرأي واحترام الآراء المختلفة .
9. وضع نظام واضح للاتصال بين أعضاء الفريق وبين الفريق والقائد وبين الفريق والأفراد الآخرين خارج نطاقة.

سابعا: المقومات الأساسية للعمل الفريقي



1. الهدف المشترك

يعد الهدف المشترك بمثابة بصيص النور الذي يسير عليه أعضاء الفريق أثناء قيامهم بالأعمال المختلفة المسندة إليهم من قبل المؤسسة لتقديم المساعدات المختلف لكبار السن، حيث إن الهدف هو الأساس الذي يبني علية فرق العمل، وكلما كان هذا الهدف واضحاً ومحدداً وليس به أي غموض كلما سهل على أعضاء الفريق فهمة والاشتراك سوياً من اجل إنجازه.

كما ينبغي أن تكون هذه الأهداف واقعية وليست خيالية أي يمكن تحقيقها في حدود الموارد والإمكانيات المتاحة والتي توفرها المؤسسة لرعاية المسنين حتى لا يشعر أعضاء الفريق بالتراخي لصعوبة الوصول إلى هذه الأهداف.

كما يجب أن تكون هذه الأهداف مرنة أي قابلة للتغيير والتعديل وفقاً للتغيرات التي يمكن أن تطرأ أثناء تنفيذ الخطط التي تؤدي إلى تحقيق الهدف النهائي وهو تحقيق الرعاية المتكاملة للمسنين.

وكذلك يجب أن تكون هذه الأهداف قابلة للتجزئة، أي تنبثق من كل هدف رئيسي مجموعة من الأهداف الفرعية والتي يمكن تنفيذها على مراحل مختلفة لإشباع الحاجات الأساسية لكبار السن.

وفي النهاية يمكن القول بأننا إذا أردنا تكوين فريق عمل ناجح لابد أن يكون هناك هدف واضح موضوع مسبقاً لأعضاء الفريق يشتركون ويتعاونون معاً من اجل تحقيقه.

2. المهارة

تعد المهارة من المقومات الضرورية والهامة التي يجب توفرها لدى أعضاء فريق العمل، وذلك لأنها من العوامل الأساسية التي تحدد مدى فاعلية هذا

الفريق ومدى قدرته على انجاز الأهداف المحددة التي قام أعضاء الفريق أو المؤسسة بوضعها.

وكثير من المؤسسات يمكن أن تقع في خطأ كبير وهي أن تقوم باختيار أعضاء الفريق من الأسماء المشهورة أو المعروفة بالمؤسسة ولا تركز على الأساس المهاري لهؤلاء الأشخاص وتكون النتيجة النهائية هي عدم فاعلية أداء الفريق وعدم قدرته على تحقيق أهدافه.

وان عضو الفريق الجيد لابد أن تتوفر لديه العديد من المهارات منها:

أ. المهارة في الاتصال الفعال مع المسنين.

ب. المهارة في العمل الجماعي لتقديم المساعدات المختلفة للمسنين.

ج. المهارة في حل المشكلات والأزمات التي تواجه المسنين.

د. المهارة في التفكير الاستنباطي والتحليل.

ه. المهارة في اتخاذ القرار.

و. المهارة في التقويم.

وهذه المهارات إذا توفرت لدى كل عضو من أعضاء الفريق سوف يكون هذا الفريق ذا كفاءة عالية ويستطيع تحقيق الأهداف المنشودة بصورة فعالة.

3. وضع إستراتيجية العمل

ويتم فيها وضع الخطط التي من خلالها سيتم تقديم الخدمات المختلفة لكبار السن وتحديد البرامج والأنشطة لإشباع احتياجاتهم وتحقيق أهدافهم في هذه المرحلة العمرية.

ويتم فيها أيضا تحديد الأدوار والمسئوليات المختلفة و كافة المجالات والتخصصات المطلوبة من اجل تقديم المساعدة لكبار السن، وكذلك تحديد خطة العمل والأهداف التي سيتم تحقيقها خلال فتره زمنية محددة.

4. الالتزام وتحمل المسئولية

لكي يقوم الفرد بتحمل مسئولية أداء عمل معين وتنفيذه وانجازه لابد أن يكون لديه الدافع للالتزام والتحمس لإنجاز هذا العمل، ويتولد الالتزام نتيجة وجود حس مشترك بامتلاك الهدف الذي يأمل الفريق الوصول إليه.

وإذا أردت أن تتعرف على وجود الالتزام من عدم وجودة في فريق العمل أنظر إلى لغة الحوار التي يستخدمها أعضاء الفريق مثل استخدام كلمة هؤلاء صيغة المبني للمجهول أو ضمائر الغائب مثل قول سوف يصدر الفريق، كل هذه الكلمات تعتبر إشارات تحذير وتدل على وجود بعض المشكلات بين أعضاء الفريق ويدل على عدم الالتزام.

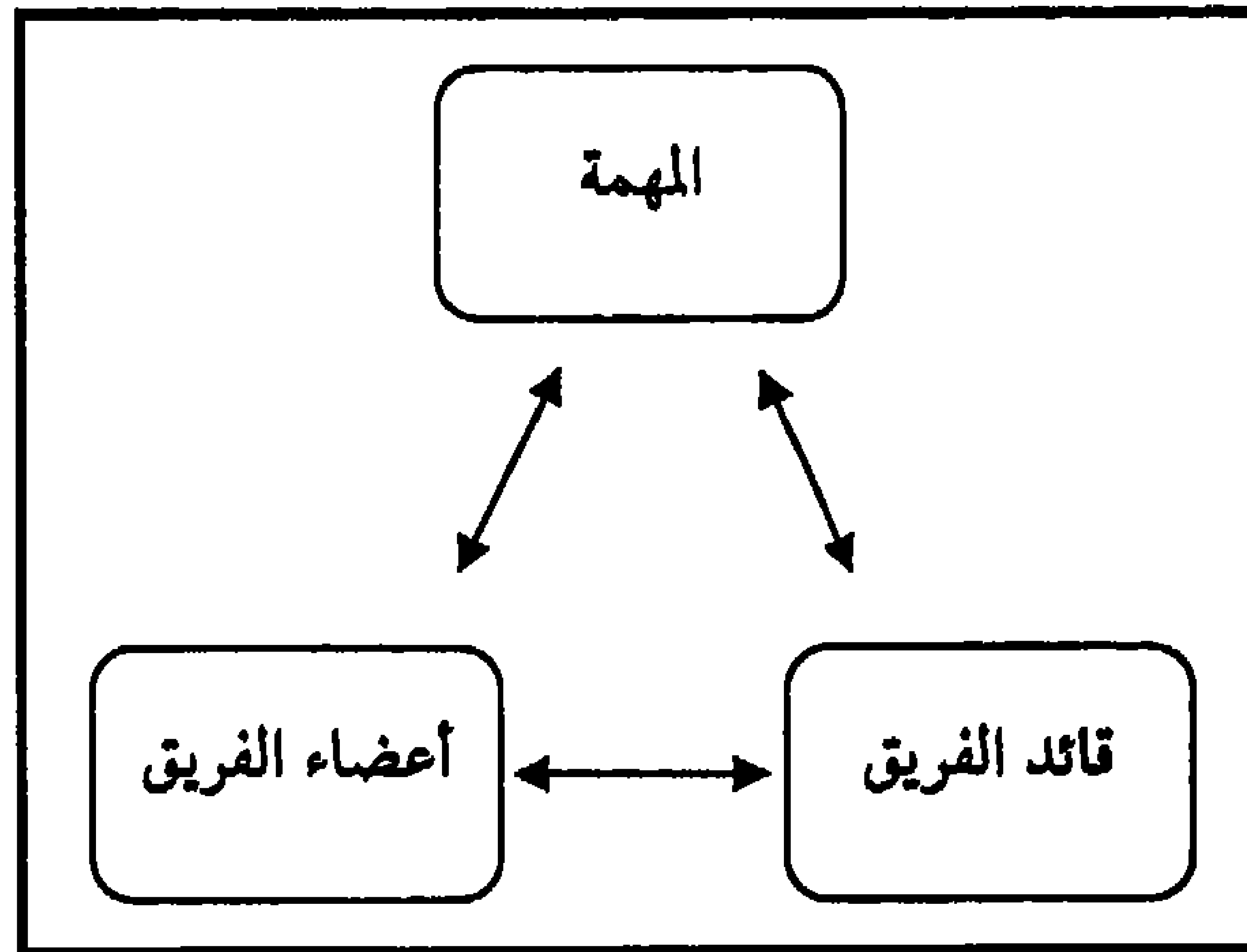
وكذلك يؤثر عدد الأعضاء في فريق العمل على مدى الالتزام فكلما زاد عدد أعضاء الفريق كلما قل الالتزام لدى الأعضاء ويظهر نوع من الاتكالية بين الأعضاء على بعضهم البعض، لذلك اتفق الخبراء على أن ندرة الأداء المثالي بفرق العمل هي تلك التي يتجاوز عدد أعضائها عشرين شخصاً أما عدد أعضاء الفريق المثالي فهو عشرة أعضاء.

كما يميل الالتزام إلى الازدياد في حالة وجود الفريق في مكان مشترك، حيث تكون هناك قنوات اتصال مباشرة ومفتوحة بين الأعضاء، وكذلك يتوفر لهم الاحتكاك المباشر مما يجعل لدى كل عضو الحافز الذي يشجعه على تحمل المسئولية والالتزام بإنجاز الأدوار المنوطة به.

وكذلك إعطاء المكافآت على العمل الجماعي للعضو الذي قام به في فريق العمل وليس على العمل الفردي، وكل ذلك في النهاية يؤدي إلى زيـادة الالتـزام لدى أعضاء الفريق.

ثامنا: عناصر العمل الفريقي في مؤسسات رعاية المسنين

هناك ثلاثة عناصر للعمل الفريقي في مؤسسات رعاية المسنين وهي كالأتي:



1. المهمة

وتتم فيها معرفة الأهداف وتحديد القواعد والقوانين والخطة الـتي سـيلتزم بها أعضاء الفريق أثناء تقديم المساعدات المختلفـة لكبـار الـسن وكـذلك تحديـد طرق التنفيذ والعمل المناسبة ومعرفـة المـوارد والإمكانيـات المتاحـة الـتي سـيتم الاستعانة بها أثناء تقديم الخدمات والمساعدات المختلفة لكبار السن.

2. قائد الفريق

وهو الشخص ذو الخبرة والمعرفة والمهارة وهو يقوم بتوجيه أعضاء الفريق وكذلك يقدم لهم الدعم والتحفيز والتشجيع بطريقة مستمرة حتى يستطيع أعضاء الفريق تحقيق النتائج المرغوبة التي تصل بهم إلى الأهداف المنشودة.

3. أعضاء الفريق

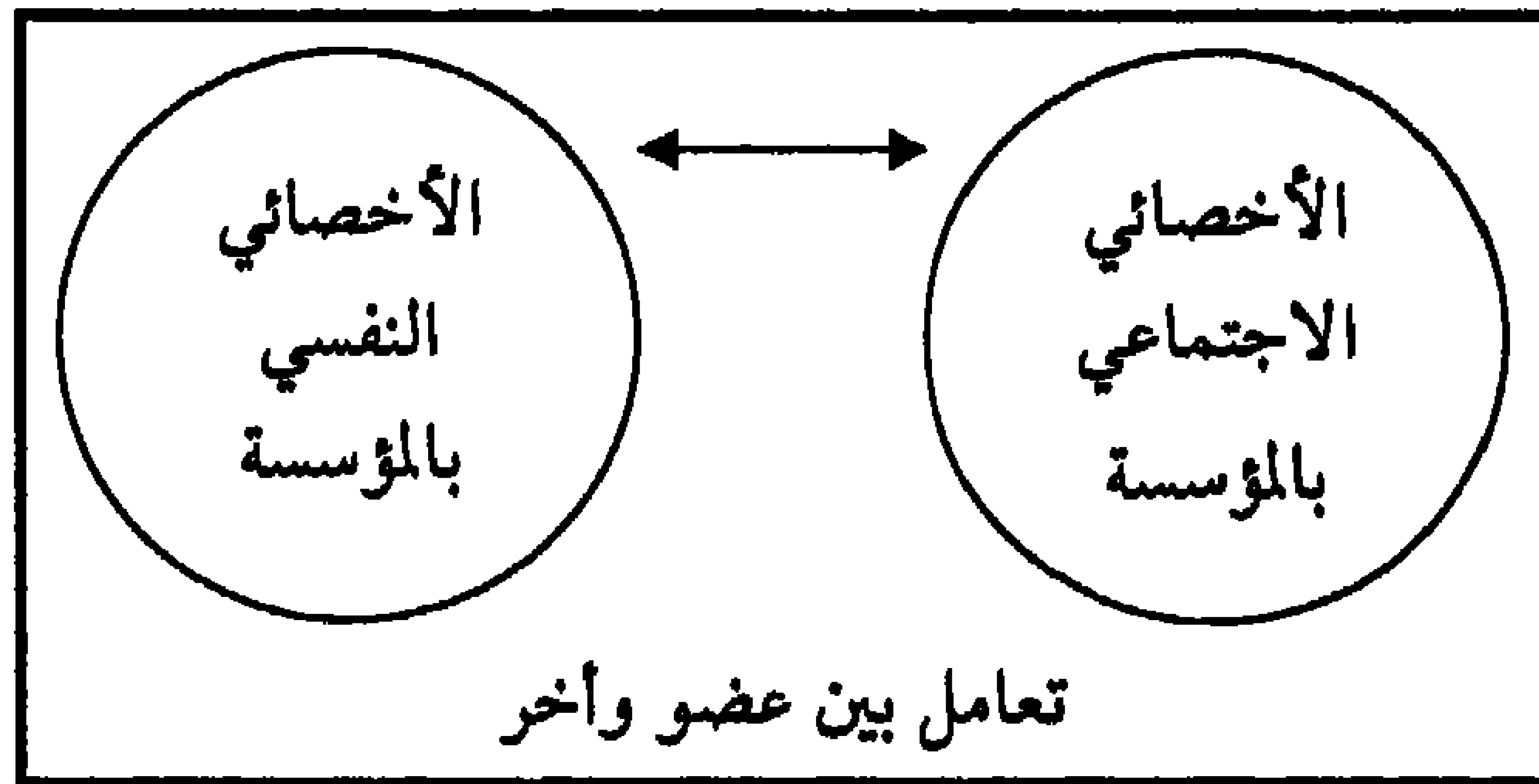
وهم الأشخاص الذين يمتلكون القدرات والإمكانيات المختلفة التي يتم استثمارها من أجل تحقيق الأهداف التي وضعها أعضاء الفريق أو وضعتها المؤسسة، وهؤلاء الأعضاء يمكن أن يكونوا من تخصص واحد أو من تخصصات متعددة وذلك وفقا للأهداف الموضوعة، فيمكن أن يكون هؤلاء الأعضاء (أخصائي نفسي – أخصائي اجتماعي – طبيب –خادمة– ممرضة) أي شخص موجود داخل المؤسسة ومسؤول عن رعاية المسن.

تاسعا: تكنيكات التعامل مع فريق العمل بمؤسسات رعاية المسنين

هناك تكنيكات متعددة يمكن استخدامها مع أعضاء فريق العمل في مؤسسات رعاية المسنين وذلك طبقا للمواقف التي تواجه فريق العمل وفي إطار تحقيق الأهداف التي تسعى إليها ومن أهم تكنيكات التعامل ما يلي: (منقريوس، نصيف فهمي، علي، ماهر أبو المعاطي: 2009، 226، بتصرف)

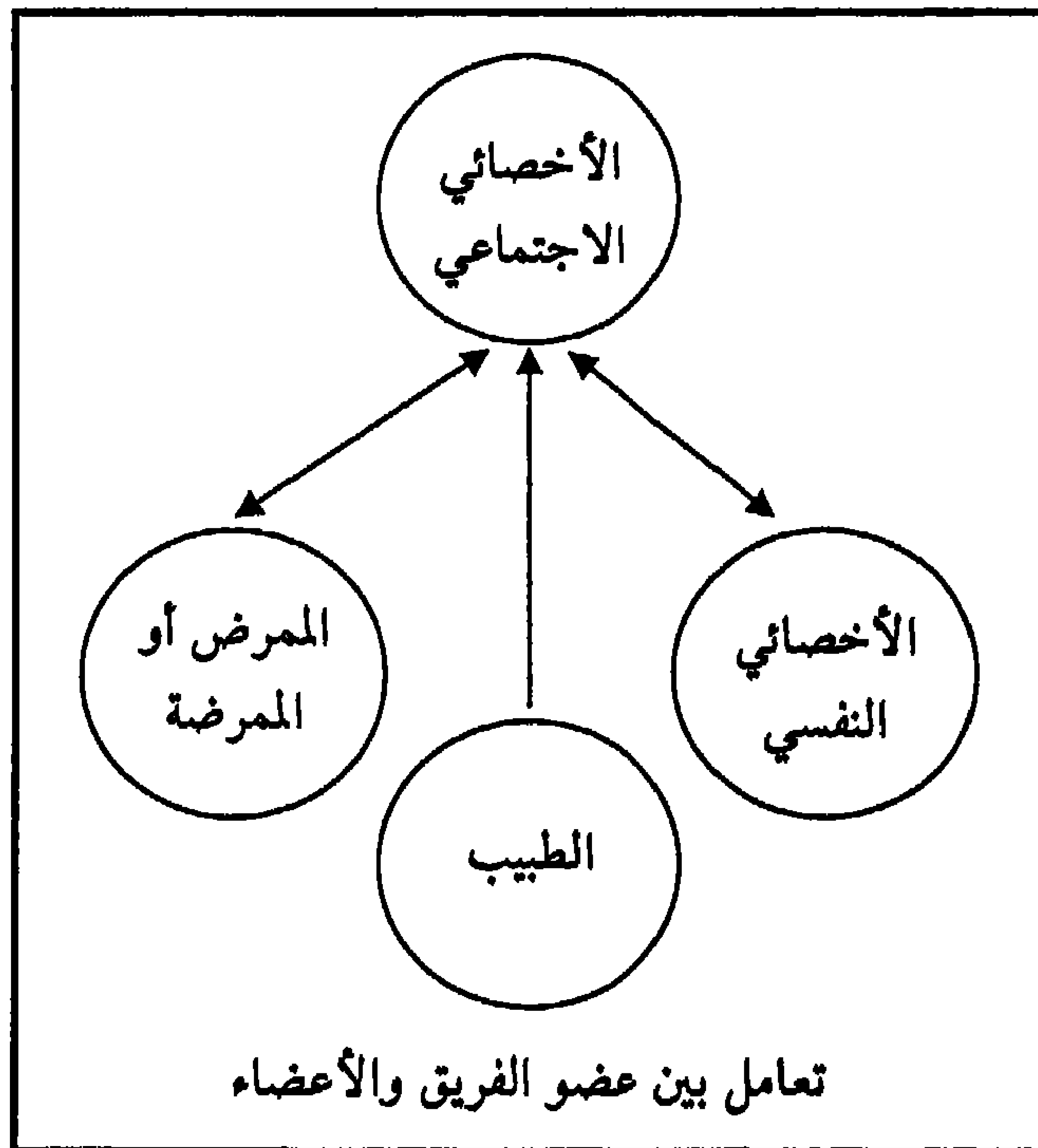
1. تكنيك التعامل مع عضو معين

ويمكن أن يكون نتيجة لتخصصه ليقوم بالمساعدة في حل مشكلات المسنين مثل (تعامل الأخصائي الاجتماعي مع الأخصائي النفسي بالمؤسسة للتعرف على أسباب بعض السلوكيات التي تصدر من المسن).



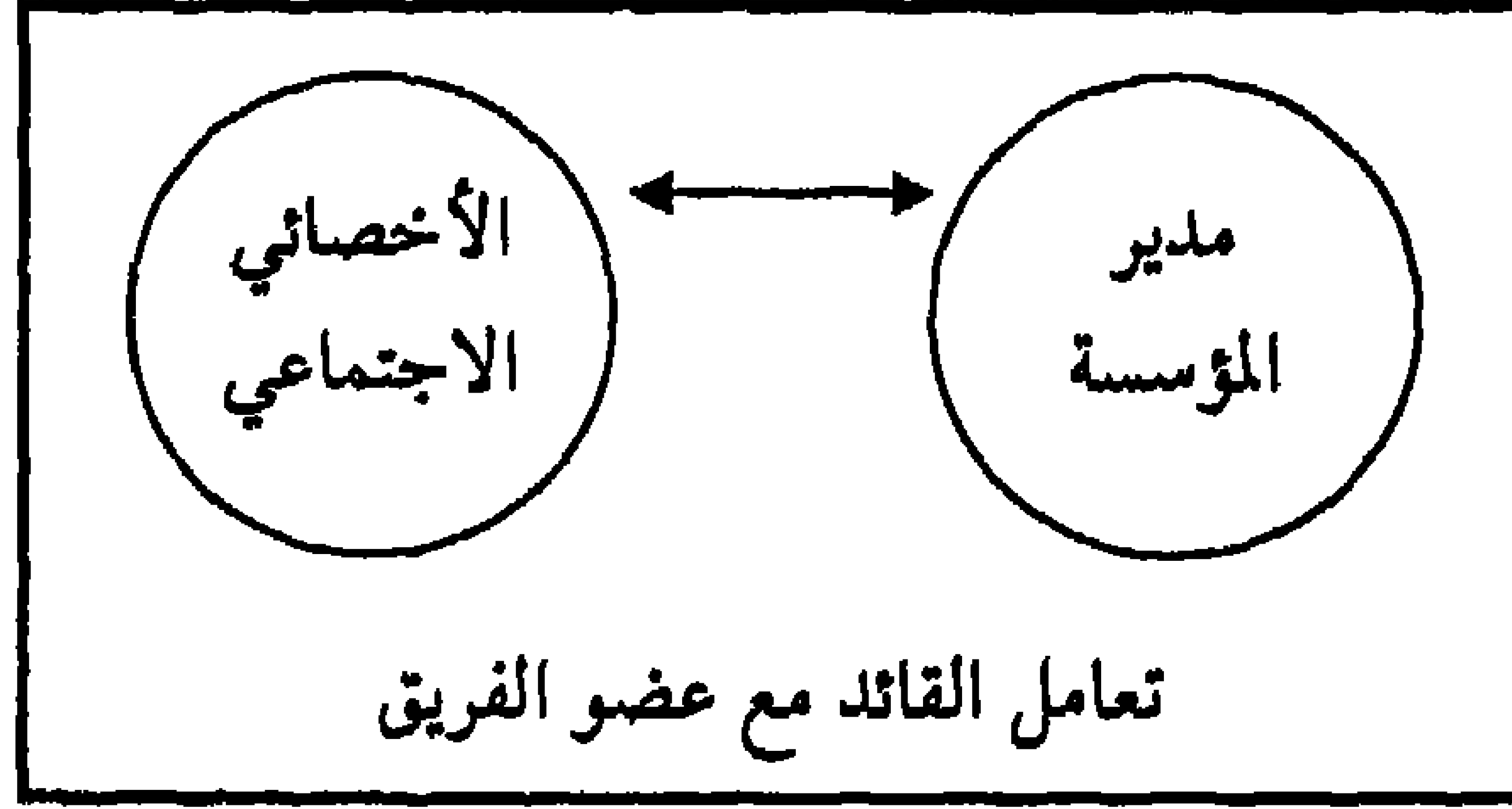
2. **تكنيك التعامل بين عضو الفريق و أعضاء الفريق**

ويتوقف ذلك طبقا للمواقف والمشكلات التي تواجه أعضاء الفريق مثل (تعاون الأخصائي مع الأخصائي النفسي والطبيب والإداريين من اجل مساعدة المسنين بالمؤسسة على مواجه مشكلاتهم).



تعامل بين قائد الفريق واحد أعضاء الفريق

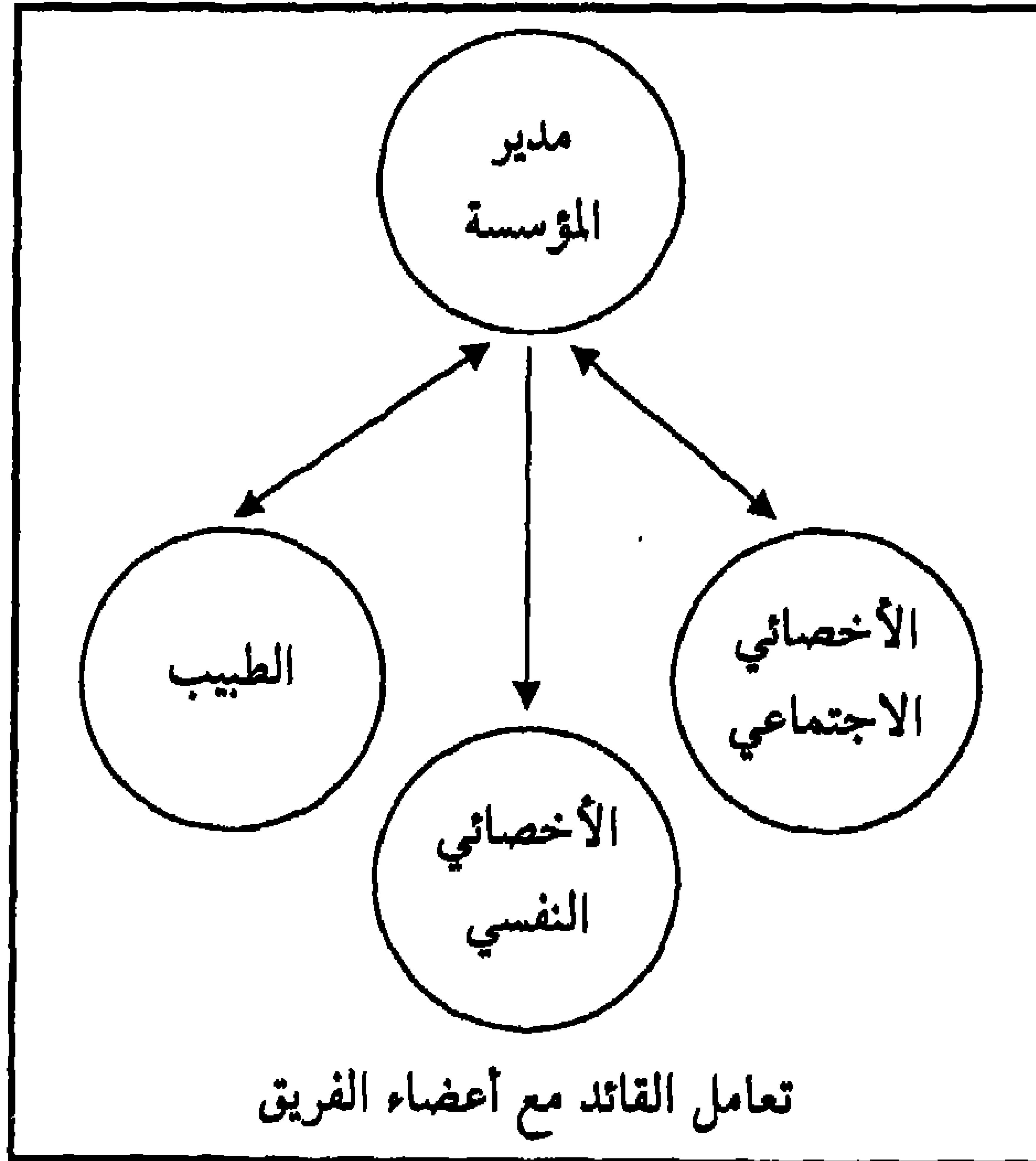
ويمكن أن يكون من أجل تقديم بعض الإرشادات والتوجهات يقدمها القائد للعضو لكي تساعده على القيام بدوره بنجاح.



تعامل القائد مع عضو الفريق

3. التعامل بين قائد الفريق وأعضاء الفريق ككل

وتكون من اجل إعلامهم ببعض المواقف أو المعلومات المرتبطة بعمل الفريق.



تعامل القائد مع أعضاء الفريق

عاشرا: الخدمة الاجتماعية والعمل الفريقي في مجال رعاية المسنين

يعتمد تحقيق أهداف الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين على أن الأخصائي الاجتماعي في مؤسسات رعاية المسنين لا يعمل بمفرده دون تعاون مع الآخرين بل يتطلب عمله ضرورة التعاون، حيث إن كل من يتعامل مع المسن في مؤسسات الرعاية من طبيب أو أخصائي نفسي أو مدرب أو أخصائي اجتماعي أو ممرضة يمثل قيادة لا تعمل في نطاق تخصصها المحدود فحسب و إنما لها دور ريادي في العمل الاجتماعي الفريقي لتحقيق أهداف مؤسسات رعاية المسنين.وعلى ذلك سوف نقوم بتوضيح الآتي:

1. دور الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل في مؤسسات رعاية المسنين.
2. المهارات المهنية للأخصائي الاجتماعي في فريق العمل.
3. فوائد العمل الفريقي بالنسبة للأخصائي في مجال رعاية المسنين.
4. المعوقات التي تواجه عمل الأخصائي في فريق العمل.

1. دور الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل

يعمل الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل داخل مؤسسات رعاية المسنين من خلال التعاون مع غيره من التخصصات الأخرى كالأخصائي النفسي والطبيب والإداريين وذلك لمواجهة المشكلات التي يتعرض لها كبار السن.

في ضوء ذلك فإن الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل بمؤسسات رعاية المسنين يقوم بالأدوار التالية:

أ. يقوم الأخصائي الاجتماعي بالمشاركة النشطة مع المهنيين الآخرين الموجودين بمؤسسات رعاية المسنين لإيجاد الخدمات والموارد المختلفة التي يحتاج إليها المسنون في هذه المرحلة لإشباع احتياجاتهم المختلفة وتوفير الفرص الأكثر عدالة وإنصافا لهم.

ب. يقوم الأخصائي بتحويل المسنين الذين يعانون من أمراض جسمية معينة إلى الطبيب لأخذ العلاج اللازم، وكذلك يستفيد الأخصائي من الطبيب في التعرف على بعض الخصائص الجسمية المؤثرة على صحة المسنين في هذه المرحلة، ويستفيد منها في مجال الوقاية الصحية لمنع انتشار بعض الظواهر والأمراض بين المسنين.

ج. يقوم الأخصائي الاجتماعي بالتعاون مع الأخصائي النفسي للحصول منه على معلومات عن بعض المشكلات النفسية التي يعاني منها المسنون نتيجة الإهمال والإساءة في المعاملة التي يتعرضون لها من الأبناء والآخرين وذلك لمساعدتهم على مواجه المشكلات النفسية والاجتماعية التي يعانون منها في هذه المرحلة العمرية.

د. يقوم الأخصائي بمساعدة إدارة المؤسسة على تطوير علاقات العمل والتعاون مع المؤسسات المجتمعية لتحقيق الاستفادة المتبادلة بين مؤسسات رعاية المسنين والمؤسسات المجتمعة الأخرى.

ه. يقوم الأخصائي بتقديم معلومات متعلقة بمشكلات المسنين بما يساهم في تدعيم العلاقة بين المسنين وبين فريق العمل بالمؤسسة أو بينهم وبين إدارة المؤسسة.

و. الاشتراك مع فريق العمل في وضع البرامج المختلفة التي تمكن المسن من إبراز ما لدية من مهارات وخبرات مما يجعل المسن يشعر بقدرته على العطاء والتفاعل مع أنشطة المجتمع المختلفة وتعطي لهم الفرصة لشغل أوقات فرغاهم بصورة سليمة (الشهراني، عائض بن سعد أبو نخاع، 2009، ص 305).

ز. يقوم الأخصائي بالعمل مع اللجان المختلفة بمؤسسات رعاية المسنين لزيادة فاعليتها في تقديم الخدمات التي تؤديها للمسنين.

2. المهارات المهنية للأخصائي في العمل الفريقي

يجب أن تتوفر لدى الأخصائي الاجتماعي العديد من المهارات المهنية عند العمل مع فريق وهذه المهارات يمكن أن نقسمها إلى ثلاث مهارات أساسية وكل مهارة تتضمن مجموعة من المهارات الفرعية وهي كالتالي:

أ. يجب أن تتوفر لدى الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل مع كبار السن في فريق عمل مجموعة من المهارات الفكرية أو الإدراكية أو التحليلية، وهي يقصد بها القدرة على التفكير المنطقي المرتب، وتصور الأمور ورؤية الأبعاد الكاملة للمشكلات التي يتعرض لها.

ب. كبار السن بصورة واقعية وتحديد العلاقات بين المتغيرات التي تسبب المشكلات المختلفة لكبار السن، ومن أمثلة هذه المهارات الفكرية مهارة التخطيط لحل المشكلة، مهارة تحليل المشكلات، مهارة الإقناع، مهارة اتخاذ القرار.

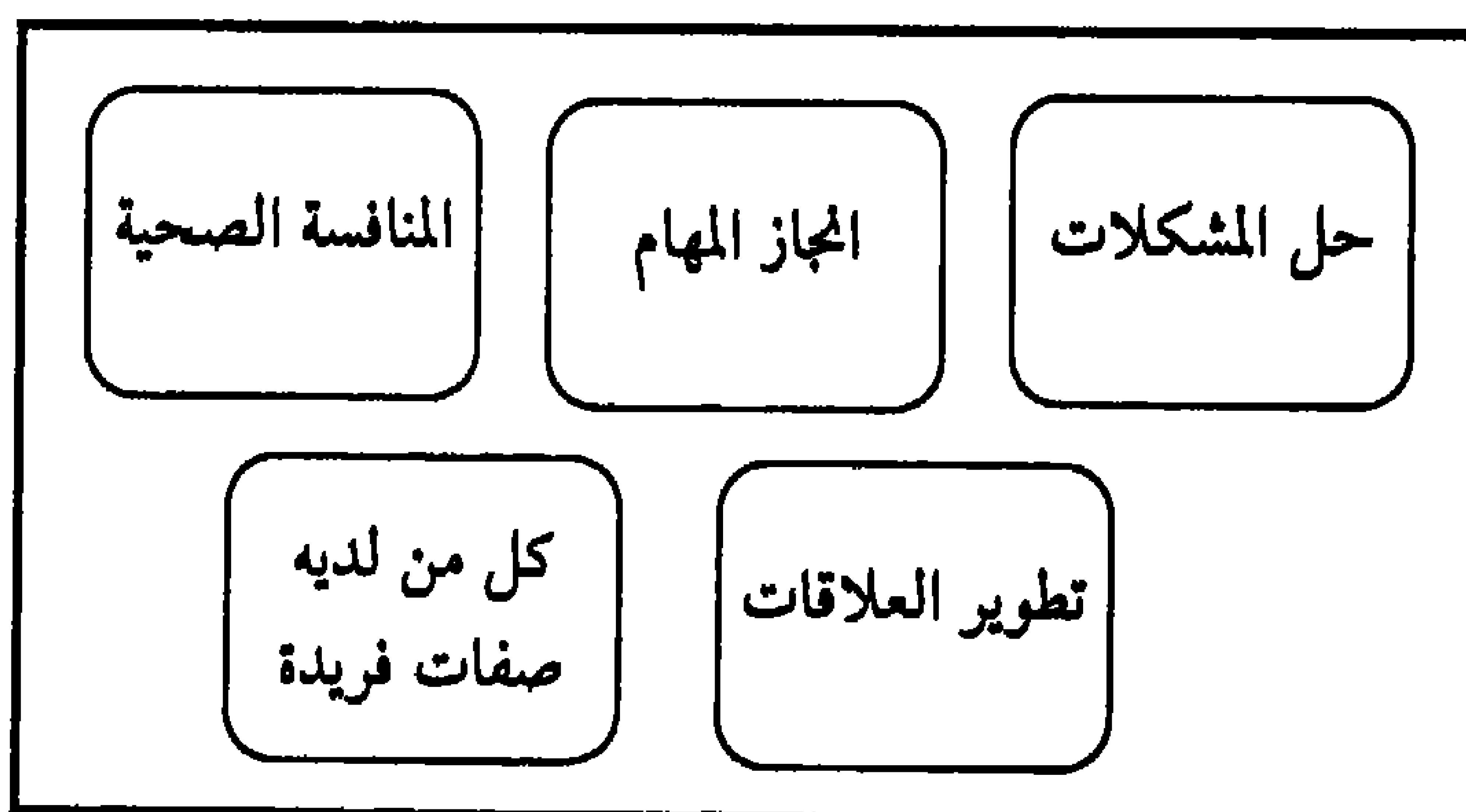
ج. من المهارات الهامة التي يجب أن تتوفر لدى الأخصائي الاجتماعي هي المهارات الإنسانية أو مهارات الاتصال والتعامل مع الآخرين ويقصد بها

القدرة على التعامل الفعال الناجح مع فريق العمل بمؤسسات رعاية المسنين سواء أكان أخصائيا نفسيا أو طبيبا أو ممرضه أو إداريين أو مع بعض قيادات المؤسسة، ومن أمثلة المهارات الإنسانية مهارة الاتصال، مهارة كسب ثقة الآخرين واحترامهم، مهارة الإنصات، ومهارة التحدث.

د. كما يجب أن تتوفر لدى الأخصائي الذي يعمل في فريق عمل مجموعة من المهارات الفنية والتي تتمثل في القدرة على القيام بالعمل المطلوب في فريق العمل وكذلك معرفة تسلسل هذا العمل وخطواته، والإجراءات اللازمة للقيام بالعمل المطلوب، ومن أمثلة المهارات الفنية مهارة التسجيل، مهارة كتابة التقارير، مهارة العرض والتقديم، مهارة وضع برنامج – أو مشروع – أو خطة.

وإذا لم تتوفر كل هذه المهارات لدى الأخصائي الاجتماعي أثناء عمله في فريق العمل بمؤسسات رعاية المسنين لن يستطيع القيام بدوره بصورة فعالة مع باقي أعضاء الفريق.

3. فوائد العمل الفريقي بالنسبة للأخصائي في مجال رعاية المسنين



أ. حل المشاكل: يمكن للعمل الفريقي أن يؤدي إلى أفضل القرارات، أو الخدمات التي تقدم لكبار السن الذين يعانون من مشكلات، كما يمكن قياس نوعية العمل الفريقي من خلال تحليل المكونات الستة التالية من التعاون بين أعضاء الفريق: الاتصال والتنسيق والتوازن من مساهمات الأعضاء في حل المشكلة، والدعم المتبادل والجهد والتماسك (Manser, t .2009,141)

ب. إنجاز المهام بشكل أسرع: عندما يعمل أعضاء فريق العمل معا يمكنهم من إكمال المهام بشكل أسرع من خلال تقسيم العمل إلى أشخاص ذوي القدرات المختلفة والمعرفة.

ج. المنافسة الصحية: يمكن استخدام المنافسة السليمة في مجموعات لتحفيز الأفراد ومساعدة الفريق على التفوق.

د. تطوير العلاقات: يمكن للعمل الفريقي أن يساعد أعضاء الفريق على تجنب الصراعات غير الضرورية لأنهم أصبحوا يعرفون بعضهم جيداً من خلال العمل الجماعي.

ه. كل من لديه صفات فريدة من نوعها (JefferyA. 2008, 273: 275): كل عضو في الفريق يمكن أن يقدم المعرفة والقدرة الفريدة للمساعدة في تحسين أعضاء الفريق الآخرين والمساعدة على حل المشكلات الخاصة بكبار السن، من خلال العمل الفريقي وتبادل هذه الصفات بين أعضاء الفريق يكون الفريق أكثر إنتاجية في المستقبل.

4. **المعوقات التي تواجه الأخصائي في فريق العمل**

أ. معوقات ترجع لإدارة مؤسسات رعاية المسنين.

ب. معوقات ترجع لأعضاء الفريق.

ج. معوقات ترجع للأخصائي.

1. معوقات ترجع لأداره المؤسسة

أ. عدم تفهم إدارة المؤسسة لأهمية دور الأخصائي الاجتماعي بفريق العمل.

ب. اعتبار أن دور الأخصائي الاجتماعي في فريق العمل بالمؤسسة دور ثانوي وان الأخصائي النفسي والطبيب هو الأساس في فريق العمل للتعامل مع المسنين.

ج. عدم تقديم الدعم المادي أو المعنوي للأخصائي كعضو من أعضاء الفريق بالمؤسسة.

د. عدم توفير الموارد والإمكانيات التي تساعد الأخصائي الاجتماعي كعضو في فريق العمل على القيام بدور مثل توفير أماكن لإجراء الأخصائي مقابلات الفردية مع بعض الحالات أو توفير أماكن مناسبة للممارسة بعض الأنشطة.

2. معوقات ترجع لأعضاء الفريق

أ. عدم إدراك أعضاء الفريق لدور الأخصائي الاجتماعي في رعاية المسنين.

ب. عدم تعاون أعضاء الفريق مع الأخصائي الاجتماعي لمساعدة المسنين على مواجه مشكلاتهم.

ج. وجود صراعات بين الأعضاء والأخصائي وعدم فهم كل عضو في الفريق لدوره.

د. عدم توفر المهارات الفنية اللازمة لدى أعضاء الفريق حتى يتمكنوا من القيام بدورهم في حل مشكلات المسنين.

هـ. وجود الاتكالية والاعتمادية بشكل مفرط بين أعضاء الفريق أثناء القيام بأدوارهم المختلفة في رعاية المسنين.

3. معوقات ترجع للأخصائي الاجتماعي

أ. عدم وجود خبره لدى الأخصائي الاجتماعي في العمل الفريقي.

ب. عدم توفر المهارات المهنية اللازمة لدى الأخصائي الاجتماعي كعضو في فريق العمل.

ج. عدم تفهم الأخصائي الاجتماعي لدوره المهني مع المسنين داخل فريق العمل.

د. سوء علاقات الأخصائي الاجتماعي مع أعضاء الفريق بالمؤسسة.

هـ. عدم معرفة الأخصائي للتغيرات التي يمر بها المجتمع والتي تنعكس على المؤسسة وعلى فريق العمل بها.

مراجع الفصل السادس

1. أبو النصر، مدحت محمد: (2008) فرق العمل الناجحة البناء والنمو والإدارة، ط1.
2. أبو النصر، مدحت محمد (2009)، فن ممارسة الخدمة الاجتماعية، ط1، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع، بتصرف.
3. سالم، سماح سالم: محمد نجلاء صالح (2012) مقدمة في الخدمة الاجتماعية، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع، 96.
4. سالم، سماح سالم (2012) التشريعات الاجتماعية، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع، بتصرف.
5. شرقاوي، محمد كامل وآخرون، 2013، الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي، مكتبة الرشد، الرياض بتصرف.
6. الشهراني، عائض بن سعد أبو نخاع، (2009)، الخدمة الاجتماعية شمولية التطبيق ومهنية الممارسة، خوارزم العلمية، جدة، بتصرف.
7. علي، ماهر أبو المعاطي: (2011)، الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، دار الزهراء، الرياض.
8. علي، ماهر أبو المعاطي (2002)، مقدمة في الخدمة الاجتماعية، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، 412.

9. منقريوس، نصيف فهمي، علي، ماهر أبو المعاطي: (2009) تعليم وممارسة المهارات في المجالات الإنسانية والخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث.

10. منقريوس، نصيف فهمي، علي، ماهر أبو المعاطي: (2009) تعليم وممارسة المهارات في المجالات الإنسانية والخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، ص 226 بتصرف.

11. Beaubien, J. M., and D. P. Baker (2004). "The Use of Simulation for Training Teamwork Skills in Health Care: How Low Can You Go?". Quality & Safety in Health Care 13 (Supplement 1): i51–i56.

12. Jeffery A., Ronald F. Piccolo, Christine L. Jackson, John E. Mathieu, and Jessica R. Saul (2008). "A Meta-Analysis of Teamwork Processes: Tests of a Multidimensional Model and Relationships with Team Effectiveness Criteria". Personnel Psychology 61 (2)..Xyrichis, Andreas, and Emma Ream (2008). "Teamwork: a Concept Analysis". Journal of Advanced Nursing 61 (2).

13. Manser, T. (2009). "Teamwork and Patient Safety in Dynamic Domains of Healthcare: a Review of the Literature". ActaAnaesthesiologicaScandinavica 53 (2).

14. Roethlisberger, F. and Dickson, W:(1993) Management and the worker, Cambrideg, Mass; Harvard University Press

الفصل السابع

الممارسة المهنية المبنية على البراهين في التعامل مع مشكلات المسنين مع نماذج بحثية وأساليب التدخل

الفصل السابع

الممارسة المهنية المبنية على البراهين في التعامل مع مشكلات المسنين مع نماذج بحثية وأساليب التدخل

مقدمة

تأتي أهمية الممارسة المبنية على البراهين من أنها محاولة للوصول إلى أفضل ممارسة تطمح إليها مهنة الخدمة الاجتماعية لمساعدة عملائها في مختلف مجالات الممارسة المهنية بشكل عام، وتشكل الممارسة المبنية على البراهين مطلب حيوي لسد الفجوة بين الجانب النظري والتطبيقي ؛ وذلك من خلال الاستفادة مما توصلت إليه نتائج البحوث العلمية وتوظيف خبرات الباحثين ومشاهداتهم الواقعية المعتمدة على الأسلوب العلمي في رصد الظواهر والمشكلات.

ونستطيع من جانبنا تعريف الممارسة المبنية على البراهين بأنها: احد أساليب الممارسة المهنية الذي يعتمد على التكامل بين الخبرة الفردية المستمدة من المعارف النظرية للأخصائي الاجتماعي والبراهين العملية المبنية على نتائج البحوث العلمية.

أولا: خطوات الممارسة المهنية المبنية على البراهين

1. طرح أسئلة يمكن الإجابة عليها، بحيث تكون واضحة ومحددة وعلمية لها إجابات متاحة في البحث الإلكتروني، وفي البحوث والمجلات العلمية المناسبة للتعامل مع المشكلة.

2. البحث عن أفضل البراهين التي تجيب عن الأسئلة المطروحة.
3. استخدام النقد العلمي للاختيار بين البراهين المتاحة.
4. تطبيق النتائج التي تم الوصول إليها والمستندة على براهين واقعية في اتخاذ القرار بشأن التدخل المناسب نسق المساعدة.
5. تقويم العملية ونتائج التدخل المهني باستخدام المنهج العلمي.

ثانيا: المشكلات النفسية للمسنين(*)

تُعد الحالة النفسية للمسن محصلة لعدة عوامل تؤثر كل منها سلباً وإيجاباً على نفسية المسن، ومن ثم فإن الحالة النفسية للمسن ذاته ليست حالة نمطية واحدة، كما أن الحالة النفسية تختلف أيضا من مسن لآخر.

العوامل المؤثرة في الحالة النفسية للمسنين

تتأثر حالة المسن النفسية والعقلية بعدد من العوامل المرتبطة بجميع المرحلة العمرية التي هو عليها الآن وأهم هذه العوامل ما يلي:

1. الصحة البدنية والنفسية.
2. العلاقات الاجتماعية.
3. الخبرات التعليمية.
4. التربية والتنشئة الاجتماعية.
5. طبيعة العمل أو الأعمال التي التحق بها المسن.
6. الزواج والحياة الأسرية.

(*) قام بإعدادها د/ سماح سالم.

7. النجاحات والانجازات التي حققها المسن.
8. المؤثرات السلبية التي تعرض لها المسن (نوع الفقد سواء في العمل أو في أفراد الأسرة، عقوق الأبناء، الحرمان المادي، العلاقات السيئة ببعض المحيطين...الخ).

وينتج عن هذه العوامل ظهور عدد من التغيرات النفسية لدى المسن أهمها:

1. التمركز حول الذات.
2. الانسحاب من الاهتمام بالموضوعات الخارجية والاهتمامات الاجتماعية.
3. الكراهية لبعض المحيطين.
4. صعوبة التحكم في الانفعالات وضبط المشاعر.
5. العناد وصلابة الرأي.
6. الإعجاب بالماضي.

وتُعرف المشكلات النفسية لدى المسن بأنها: تلك الاحتياجات غير المشبعة والمرتبطة بعدم التكيف مع الوضع الجديد، وتتضح آثارها النفسية والأخلاقية في ظل زيادة وقت الفراغ في مرحلة الشيخوخة.

وتتمثل المشكلات النفسية في فقدان الأمل من المستقبل والاستسلام لليأس، وخاصة إذا تصور المسن أن أيام البهجة قد مضت وأن حاضره ومستقبله هو الخريف الذي يقود إلى النهاية، ويزكي هذا الإحساس المناخ العام الذي يسود الأسرة والمجتمع تجاه المسنين فكلما انخفض مركز المسن في الأسرة أو اتجه المجتمع إلى الاستهانة به كلما تعمق شعور المسن باليأس (وزارة الشئون الاجتماعية، 2005، 14-16).

ومن المشكلات النفسية التي يعـاني منهـا معظـم المـسنين والـتي يُمكـن أن تقوده إلى الانطواء والشعور الدائم بالحزن ما يلي:

1. مشكلة سن اليأس: تكون هذه المشكلة مصحوبة باضطرابات نفسية وعقليـة لدى المسن سواء كانـت ملحوظـة أو غـير ملحوظـة، ومـن أهـم مظاهرهـا العصبية الزائدة، الأرق، الاكتئاب النفسي، الصداع، الذبول......الخ.
2. الذهان: وهو ذلك النوع من المشكلات التي يكون فيهـا المـسن أكثـر تمركـزاً حول ذاته، ومن أهم سماتها ضـعف الـذاكرة، قلـة الـشهية، تذبـذب وقلـة فترات النوم، ضعف الحيوية، الـشعور بفقـدان الأهميـة والمكانـة في الحيـاة؛ ويؤدي ذلك إلى عدد من المظاهر أهمها: الاكتئاب، سرعة الاستثارة، العنـاد، الميل إلى الاعتماد على الغير، إهمال النظافة والملبس والمظهر.
3. العزلة والوحدة النفسية: تنجم هذه المشكلة من عدة عوامل أهمهـا: الخـوف من فقدان حب الآخـرين، عـدم وجـود الأشـخاص الـذين يميـل المـسن إلى التحدث معهم نتيجة زواج الأبناء، أو مـرض الـشريك، أو وفـاة الـشريك، فقـدان الأصـدقاء، وتتـضح آثـار هـذه المـشكلة في الميـل للانفـراد بالـذات (التمركز حول الذات)، الحزن، الأسى، الشعور بالاكتئاب.

وتشير المشكلات النفـسية الـسابقة إلى عـدد مـن الحاجـات النفـسية الـتي يحتاجها المسن وأهم هذه الحاجات ما يلي:

1. الحاجة إلى الأمن والأمان.
2. الحاجة إلى التقدير.
3. الحاجة إلى العطف والحنان.

وفي ضوء أسلوب الممارسة المهنية المبنية على البراهين نستطيع القول إن: البحوث العلمية المتفرقة، أو التي تجري استجابة لإحدى الأزمات لا تستطيع أن توفر لنا قاعدة عريضة للبيانات والمعلومات القابلة للتفسير، ومن هنا تأتي أهمية تحليل الدراسات والبحوث العلمية التي تُجرى وتنفذ بالتخصص وبجميع مجالات الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية؛ لتحديد التجديدات المقبولة علميا وثقافيا واجتماعيا ولقد اهتمت العديد من الدراسات في الفترة الأخيرة في بقضايا ومشكلات المسنين ونعرض فيما يلي لأهم الدراسات التي تناولت المشكلات النفسية والعقلية لنستنبط البراهين التي تعين الباحثين والممارسين على الممارسة المهنية الصحيحة والمبنية على أساس علمي دقيق وتوضح مجالات الممارسة المهنية الأنشطة المتميزة للخدمة الاجتماعية للتعامل مع عملائها، ولمواجهة المشكلات التي تحتاج إلى نمط معين من التدخل المهني لمواجهتها.

والخدمة الاجتماعية كمهنة مطالبة بالتدخل المهني مع مشكلات المسنين والعمل على الحفاظ على كرامتهم وتحريرهم من العوائق الاجتماعية التي تقيد حركتهم وتحرمهم خصائصهم الإنسانية، والأخصائي الاجتماعي عليه أن يتفهم بعمق حقيقة دوره في خدمة قضية الإنسان وطبيعة التغيرات في كل مرحلة من مراحل الحياة التي يمر بها حتى يصل في النهاية إلى الطمأنينة والسلام حيث ترجع أهمية الخدمة الاجتماعية مع المسنين لدورها في تناول وعلاج قضايا المسنين والتي تنبع من فلسفتها في الحفاظ على كرامة الإنسان، النظر إلى الشيخوخة باعتبارها حالة من القدرة وليست حالة من العجز، التأكيد على النظرة الشمولية لرعاية المسنين، الارتكاز على المنهج العلمي أسلوبا لتحديد أبعاد ظاهرة كبر السن وإجراء المزيد من البحوث والدراسات الميدانية، العمل على تصميم برامج متكاملة لرعاية المسنين، القيام بالرصد المبكر لمشكلات المسنين، تقديم المشورة

للمسنين وجميع الأنساق العاملة معهم، التأكيد على أن رعاية المسنين لا تتم بمعزل عن جهود الأخصائي الاجتماعي المعد لعميا لتطبيق طرق الخدمة الاجتماعية (عبد اللطيف، 2007، ص ص 260-262).

نماذج بحثية لأساليب التدخل المهني مع المسنين من واقع البحوث العلمية

دراسة (2005- Kiyohito & others) بعنوان الآثار المترتبة على برامج العمل مع جماعات مجتمع المسنين ذوي الانخفاض المعرفي / المرتبط بالتقدم بالسن أو المزاج الاكتئابي المعتدل – دراسة طولية في الشيخوخة.

OKumiya, Kiyohito & others (2005): effects of group work programs on community–dwelling elderly people with age-associated cognitive decline and / or mild depressive moods.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الآثار المترتبة على برامج العمل مع الجماعات على الوظيفة المعرفية وتحسين نوعية حياة المسنين ذوي الانخفاض المعرفي أو المزاج الاكتئابي المعتدل.

اعتمدت الدراسة على تكوين جماعتين شاركت كل جماعة في دورتين لمدة أربعة أشهر وتضمنت أنشطة البرنامج (العلاج بالموسيقى، والحرف اليدوية وغيرها).

شاركت الجماعة الأولى في الدورة الأولى في برامج العمل الجماعي، في حين أن الجماعة الثانية لم تشارك (جماعة ضابطة).

شاركت الجماعة الثانية في الدورة الثانية بينما لم تشارك الأولى، ثم تم إجراء تقييم لمعرفة تأثير برامج العمل الجماعي على كبار السن ذوي الانخفاض المعرفي وكان عددهم (27) وذوي المزاج الاكتئابي وعددهم (31).

وأثبتت النتائج وجود تحسن ملحوظ للمسنين ذوي الانخفاض المعرفي في كل من (التماثلية البصرية، حجم العلاقات الأسرية، الصداقة، السعادة، مؤشر الرضا عن الحياة).

وفي حالات ذوي الانخفاض المعرفي والمزاج الاكتئابي كان هناك تأثير ملحوظ على وظائف الإدراك ولكن هذا التأثير لم يستمر بعد الانتهاء من برنامج خدمة الجماعة.

ويدل هذا على أن برامج العمل مع الجماعات تحسن في ذوي المزاج الاكتئابي وتحسن الوظائف المعرفية إلا أن التأثير طويل الأجل يحتاج إلى مزيد من الدراسة.

تحليل الدراسة

1. هدف برنامج التدخل المهني إلى التعرف على الآثار المترتبة على برامج العمل مع الجماعات على الوظيفة المعرفية وتحسين نوعية حياة المسنين ذوي الانخفاض المعرفي أو المزاج الاكتئابي المعتدل.
2. لم يحدد الهدف السابق بشكل خاص نوع برامج العمل مع الجماعات ونموذج أو مدخل التدخل المهني.
3. أعضاء جماعة المسنين المطبق عليهم البرنامج ذوي نوعية محددة من المشكلات (وهي الانخفاض المعرفي أو المزاج الاكتئابي المعتدل).
4. اعتمدت الدراسة على الجماعة متوسطة الحجم والتي تميل إلى الجماعات الكبيرة نسبيا (27، 31).

5. اعتمدت الدراسة على استخدام جماعتين تجريبيتين بالإضافة إلى أن كل جماعة كانت ضابطة للأخرى في الفترة التي تتوقف فيها عن ممارسة البرامج لتقييم برنامج التدخل المهني ومعرفة أثره على الجماعة المطبق معها البرنامج
6. تمثلت أنشطة البرنامج في (الموسيقى والحرف اليدوية وغيرها).
7. استغرق برنامج التدخل المهني أربعة أشهر.
8. اثبت التدخل المهني أن برامج العمل مع الجماعات تحسن في ذوي المزاج الاكتئابي وتحسن الوظائف المعرفية إلا أن التأثير طويل الأجل يحتاج إلى مزيد من الدراسة.

دراسة (2009–Song-Lin Huang) بعنوان تطبيق العلاج على ذكريات الماضي لكبار السن ذوي حالات الخرف – دراسة حالة بيينغتونغ، تايوان.

Application of Reminiscence Treatment on older people with Dementia: A Case Study in pingtung, Taiwan.

نظم هذا البحث في خدمة الجماعة للعمل مع 12 مسنا من ذوي حالات الخرف الذين تتراوح حالاتهم من الخفيفة إلى المعتدلة تم اختيارهم من 90 نزيلا من نزلاء مؤسسات الرعاية بمدينة بينج تون وافق (11) أحد عشر نزيلاً على الانضمام للدراسة، وأكمل العلاج (10) أعضاء لمدة ثماني جلسات بنجاح.

ثماني جلسات للطبخ ودورات للتذكر. وقيمت فعالية التدخل من خلال مقارنتها بصحتهم العقلية ومستوى شعورهم بالاكتئاب. كانت هناك اختلافات كبيرة في قيم أفراد المجموعة وقد ارتفع متوسط قيم المشاركين بشكل سريع. على الرغم من أن الاستقرار العائلي والعاطفي والبدني لم يكن كبير لتلبية احتياجات المشاركين. وأوضحت الدراسة بأن تعزيز العمل الجماعي في منازل كبار السن

ودورات الطبخ مرتين كل أسبوع قد يكون الشكل الأمثل للتذكر باستخدام خدمة الجماعة.

أجريت أعمال الطبخ من خلال جلسات خدمة الجماعة في شهر مايو 2007. تذكروا جميعهم الأطباق وتم اختيارهم بواسطة 11 عضوا من المسنين ولقد تمت الثماني جلسات في الفترة من 4 مايو حتى 30 يوليو 2007، كل جلسة تتضمن 10 دقائق تجهيز (إحماء)، 20 دقيقة إجراءات طهي، 30 دقيقة لتناول الطعام والمشاركة في النتائج، بعد كل جلسة يتم مقابلة المشاركين لمدة 30 دقيقة.

وقد أثبتت الدراسة ما يلي:

1. تحسين التفاعل الشخصي بين المسنين.
2. ارتفاع مشاعر المشاركة بشكل كبير.
3. انخفاض معدلات الاكتئاب.
4. تحقيق الاستقرار في الجو العاطفي والأسري وإشباع الاحتياجات المادية.
5. ارتفاع متوسط قيم موجات العملاء وانخفاض موجات التدخل المهني (زاد تفاعل العملاء مما قلل التدخلات المهنية).

كما أوصت الدراسة بما يلي:

1. العمل مع جماعات التذكر يحقق تشجيعا مع المسنين من خلال تسهيلات الرعاية المقدمة.
2. برنامج طبخ الطفولة هو التركيز الصالح لتذكر ذكريات الماضي باستخدام خدمة الجماعة.

3. تحقيق التقدم لطريقة خدمة الجماعة يجب أن يتابع من خلال جلستين قبل تكوين الجماعة بأسبوعين، فمرحلة التجهيز هي مرحلة رئيسية في نجاح خدمة الجماعة.

تحليل الدراسة

1. هدف برنامج التدخل المهني إلى تطبيق العلاج على ذكريات الماضي لكبار السن ذوي حالات الخرف.
2. طبق البحث بإحدى مؤسسات الرعاية الإيوائية بمدينة بيينغتونغ، تايوان.
3. اعتمدت الدراسة على الجماعات صغيرة العدد (10) أعضاء.
4. اعتمدت الدراسة على استخدام التصميم التجريبي باستخدام جماعة واحدة تجريبية.
5. استغرق البرنامج ثلاثة أشهر بواقع ثماني جلسات مدة الجلسة ساعة ونصف وموزعة وفقا لمهام محددة تطلب من أعضاء الجماعة.
6. تمثلت أنشطة البرنامج في دورات للطبخ وتضمنت الأطباق (الحساء التقليدي، المقلي، الفطائر، البصل الأخضر).
7. بينت نتائج الدراسة أن تعزيز العمل الجماعي في منازل كبار السن ودورات الطبخ مرتين كل أسبوع قد يكون الشكل الأمثل للتذكر عند المسنين ذوي حالات الخرف باستخدام خدمة الجماعة.

دراسة (2009-Beritingersoll and other): بعنوان تعزيز التسامح: التدخل المهني للمسنين:

enhancing forgiveness: A Group intervention for the Elderly.

ناقشت هذه الدراسة مدى انطباق نموذج التسامح العلاجي ل (Enright 2001) على التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية على كبار السن تكونت أفراد العينة الكلية من 20 رجل وامرأة من سن 57- 82 تم تقسيمهم إلى جماعتين مختلفتين للتسامح كل جماعة تتقابل أسبوعيا لمدة 8 جلسات على مدار أربعة أشهر متتابعة، قياسات التسامح كانت تتم كعملية بيولوجية، نفسية، اجتماعية تم تجميعها قبل وبعد التدخل المهني الجماعي، وتشير النتائج أن خبرة المشاركين تحسنت على المدى الطويل فيما يتعلق بالتسامح والاكتئاب، تحسنت القياسات البدنية على المستوى القصير، بينما لم يحدث تغيرات بالنسبة للقلق أو الدعم الاجتماعي، وطبقا لنموذج (Enright 2001).

يتضمن التسامح عددا من المهارات التي يمكن تعلمها حيث تبدأ عملية الصفح بتحديد فرد واحد كان مؤذيا ثم يتم تعميم مهارات التسامح على آخرين ممن كانوا يشكلون مصدرا للإيذاء.

خصائص الجماعات المشاركة

تم تكوين جماعتين تتكون كل جماعة من 10 أعضاء. جميعهم من البيض ومعظمهم نساء تتنوع الحالة الاجتماعية (متزوجات أو تعيش مع احد، مطلقات، أرامل) بعضهم خريجي جامعات وبعضهم خريجي مدارس، معظمهم من ذوي الأوضاع المالية الصعبة، خلفيتهم الدينية متنوعة (المسيحية، الموحدون، بوذيون، الروحيون ولكن لا يدينون بدين) معظم المشاركين كان الشخص الذي

قام بإيذائهم على قيد الحياة، معظمهم تلقى الأذى بقدر كبير، وبعضهم تلقى الأذى بقدر بسيط، العديد من أفراد العينة كان الشخص الذي أضرهم هو احد الوالدين، أو الأزواج أو الأبناء أو الأقارب أو الأصدقاء أو أي شخص آخر.

دارت الجلسات حول أربعة أوجه للتسامح وصفت بواسطة نموذج (Enright 2001).

1. الجلسة الأولى والثانية للكشف عن شعور الغضب تجاه الجاني.
2. الجلسة الثالثة والرابعة التأكيد على الالتزام بقرار التسامح.
3. الجلسة الخامسة تطوير التعاطف مع الجاني.
4. الجلسة من 6 إلى 8 ركزت على بيان الجرح والاستياء في الوقت الذي يتم التوجه فيه نحو التسامح خلال الجلسات. كان يتلقى المشاركين تقارير تتضمن النقاط الرئيسية للجلسات ومراجعة عامة لكل جلسة مع توفير وقت لكتابة انطباعاتهم حول عملية التسامح الذاتية.

بعد الجلسات طلب قائد كل جماعة من أعضاء جماعته أن تقوم بقراءة أسئلة التسامح من دفاترهم والتي لا تزال تشير إلى الضعف في التسامح، بعد ذلك قدم القائد عناصر جديدة. من خلال محاضرة قصيرة متبوعة بعدد من الأسئلة والدفاتر التسجيلية كان هدفها الكشف عن مشاعر أعضاء الجماعة نحو أولئك الذين قاموا بإيذائهم وتطوير مهارات التسامح.

من المشاركين ال20 تم إسقاط عضو واحد بعد دورتين وذلك بسبب شعوره بعدم الارتياح في إطار الجماعة، وبالنسبة لباقي الأعضاء حضروا جميع الجلسات بانتظام وانتهت جلسات الجماعتين ب 19 مشاركا حضروا ثماني

جلسات وتمكنت الجماعتان بجهود الأخصائيين الاجتماعيين من مزيد من الفهم والإدراك لإمكانيات الجماعة ودورها في تعزيز التسامح لدى كبار السن.

تحليل الدراسة

يتضح من الدراسة ما يلي:

1. هدف برنامج التدخل المهني إلى التعرف على مدى انطباق نموذج التسامح العلاجي ل (Enright 2001) على التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية على كبار السن.
2. اعتمدت الدراسة على الجماعة الصغيرة كأداة في تعزيز التسامح لدى كبار السن (10 أعضاء).
3. اعتمدت الدراسة على التجريب باستخدام جماعتين تجريبيتين.
4. التجانس بين أعضاء الجماعة كان حول الهدف (تعزيز التسامح) و(اللون جميعهم من البيض)، وكان هناك اختلاف في بعض المعايير (السن، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي) بالإضافة إلى تقارب في معايير أخرى (الجنس فالغالبية العظمى نساء).
5. استندت الدراسة إلى نموذج فعلي لتطبيق التدخل المهني والتزمت بخطواته واتضح ذلك في أسلوب تنفيذ جلسات التدخل المهني.
6. اعتمد التدخل المهني للدراسة على تكنيكات متنوعة منها (العصف الذهني باستخدام الأسئلة، والمناقشة الجماعية، والمحاضرات القصيرة).
7. استخدم أخصائي الجماعة كلي النوعين من المهارات اللازمة لعمل الأخصائي الاجتماعي (المهارات الإدراكية) من خلال فهم وإدراك

إمكانيات الجماعة (والمهارات التفاعلية) من خلال تفاعل الجماعتين حول الهدف ومناقشته وإجراء التغذية المرتدة من خلال التقارير التي سجلها أعضاء الجماعة).

8. غلب على ادوار الأخصائي دور تعزيز السلوك واتضح هذا في الجلسات.
9. استغرق البرنامج أربعة أشهر بواقع (8 جلسات).

وفي ضوء الدراسات السابقة التي تم الإشارة إليها وفي دراسة أجرتها سماح سالم (2011) بعنوان "دراسة تحليلية لأحدث البحوث العالمية في التدخل المهني لأخصائي خدمة الجماعة للتعامل مع المسنين"؛ فقد تم رصد الأدلة والبراهين التالية:

نتائج تحليل أحدث البحوث العالمية في التدخل المهني لأخصائي خدمة الجماعة للتعامل مع المسنين من خلال عناصر التحليل التي اعتمدت عليها الدراسة :

1. أهداف التدخل المهني لأخصائي خدمة الجماعة بمجال رعاية المسنين عالميا:
بينت نتائج الدراسة تنوع أهداف برامج التدخل المهني مع المسنين عالميا تمثلت أهداف برامج التدخل المهني بالدراسات العربية في (تنمية الأداء الاجتماعي، تمكين المسنين، تحسين الجوانب الاجتماعية، تحقيق التوافق الاجتماعي).

وعلى الصعيد العالمي قامت البرامج لتحقيق أهداف تتعلق بمشكلات قائمة للمسنين (التخفيف من حالات الخرف، تعزيز التسامح، إيواء المسنين المشردين، تحسين الانخفاض المعرفي والمزاج الاكتئابي).

2. نماذج التدخل المهني لأخصائي خدمة الجماعة بمجال رعاية المسنين عالميا: أظهرت نتائج التحليل ندرة الاعتماد على نماذج للتدخل المهني بمجال رعاية المسنين على المستوى العربي، على الرغم من وجود اتجاه بالدراسات حسب تطور السنوات نحو استخدام برامج وأساليب معينة في طريقة خدمة الجماعة مثل أسلوب التوجيه الجماعي والبرامج الترويحية وعلى الرغم من ذلك فقد اعتمدت على الأنشطة التقليدية.

أما على الصعيد العالمي فهناك تركيز على استخدام نماذج مهنية وبرامج محددة لقياس عائد التدخل من خلالها مع المسنين (تعزيز التسامح، التشاور المشارك، نموذج Enright 2001).

3. برامج التدخل المهني بما تتضمنه من تكنيكات وأنشطة الممارسة المهنية لطريقة خدمة الجماعة بمجال رعاية المسنين عالميا: هناك تنوع ملحوظ في أنشطة البرامج على المستوي العربي ولكنها كانت متشابهة على الرغم من تنوع أهداف التدخل المهني (اجتماعية، ثقافية، فنية) ويتفق هذا مع ما توصلت إليه دراسة محمد فوده والتي هدفت إلى تحليل برامج جماعات المسنين للتوصل إلى تصور مقترح لتطويرها من منظور خدمة الجماعة،حيث أوضحت نتائج الدراسة أن البرامج الاجتماعية هي أكثر البرامج التي تمارسها جماعات المسنين بالأندية تليها البرامج الثقافية ثم البرامج الرياضية والبرامج الفنية وذلك من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين والمسنين (فودة، 2007)

على الصعيد العالمي: استخدمت الأنشطة التقليدية أيضا مع استحداث أنشطة أخرى في برامج خدمة الجماعة وقد أثبتت الدراسات فاعليتها ومنها (دورات الطبخ، العلاج بالموسيقى، برامج الصفح والتسامح).

كما بينت نتائج التحليل مراعاة الغالبية العظمى للبحوث موضع التحليل للأسس العلمية المتبعة في وضع وتصميم وتنفيذ وتقويم برامج التدخل المهني في خدمة الجماعة.

4. ادوار التدخل المهني لأخصائي خدمة الجماعة بمجال رعاية المسنين عالميا: رصدت نتائج التحليل تنوع الأدوار المهنية لأخصائي خدمة الجماعة سواء على المستوى العربي أو العالمي وتمثلت في (المساعد، الميسر، الممكن، الموجه، المقيم، المستثير، الخبير، المدافع، الملاحظ....الخ) كما بينت نتائج التحليل أن هذه الأدوار يمكن أن تمارس من خلال عدة مداخل كالمدخل التنموي والمدخل التفاعلي وغيرها، كما بين التحليل وعي أخصائي خدمة الجماعة عالميا (سواء على المستوى العربي أو العالمي) لأهمية استخدام كلي النوعين من المهارات اللازمة لعمل الأخصائي الاجتماعي (المهارات الإدراكية والمهارات التفاعلية) وتتفق هذه النتيجة مع أدبيات الخدمة الاجتماعية التي تشير إلى أن هناك نوعين من المهارات اللازمة لعمل الأخصائي الاجتماعي وهما المهارات الإدراكية والمهارات التفاعلية وان تطوير مستوى المهارة يتضمن استخدام الصفات الفردية للأخصائيين الاجتماعيين، وتطوير النموذج الشخصي في العمل.

والأخصائيون الاجتماعيون يتعلمون ويتم إعدادهم لمزج (دمج) المهارات الإدراكية والمهارات التفاعلية والتي تطور صفاتهم المهارية (سالم، سماح،

وصالح، لجلاء، 2010، ص 269).كذلك أظهرت النتائج أن أخصائي الجماعة هو احد عناصر تصميم البرنامج ويشير إلى ذلك اختلاف أهداف البرامج التي تعكس اهتمامات أخصائي الجماعة بقضايا المسنين، ويتماشى هذا مع ما تشير إليه أدبيات خدمة الجماعة، أن الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل مع الجماعة بخبراته المهنية وقدراته الخاصة ومهاراته وعلاقاته بالأعضاء وفهمه لوظيفة المؤسسة وأهدافها، وتمثله لقيم ومعايير المجتمع يمثل عنصرا آخر من عناصر البرنامج.

5. صعوبات التدخل المهنية لأخصائي خدمة الجماعة التي تم رصدها بالبحوث موضع التحليل: من خلال التحليل تبين أن هناك صعوبات تواجه التدخل المهني لأخصائي خدمة الجماعة منها (صعوبات ترجع للمسنين أنفسهم والتي ترتبط بما يعانون به من مشكلات أو بالأوضاع السيئة التي يعيشها بعض المسنين، أو بعدم رغبة البعض في استكمال البرنامج) وتتفق هذه الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة محمد بسيوني عن دور برامج خدمة الجماعة في تحقيق التوافق الاجتماعي للمسنين حيث أثبتت الدراسة أن انخفاض الروح المعنوية للمسنين والتشاؤم نحو المستقبل يعد من الصعوبات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين عند تنفيذ برامج التدخل المهني مع هذه الفئة (قنديل، 2009) كذلك هناك تحدى آخر وهو صعوبة استدامة تأثير برامج العمل مع الجماعات خاصة مع حالات الاكتئاب، الخرف.

كما أن نقص الإمكانيات يعد عائقا أمام تنفيذ برامج تفيد المسنين وهو ما أكدت عليه بعض البحوث.

نتائج عامة أسفر عنها التحليل

1. اعتمدت معظم بحوث التدخل المهني في خدمة الجماعة على الجماعات الصغيرة ومتوسطة الحجم باستثناء بحث واحد استخدم الجماعة الكبيرة مما يدل على أن الجماعات الصغيرة والمتوسطة الحجم تساهم في إتمام نجاح برنامج التدخل المهني لأخصائي خدمة الجماعة.
2. لجأت البحوث الأجنبية إلى التصميم التجريبي بالاعتماد على الجماعات التجريبية فقط. ويتضمن استخدام الجماعات التجريبية فقط جانبا أخلاقي يحول دون حرمان الجماعة الضابطة من الاشتراك في أنشطة البرنامج.
3. أكدت معظم البحوث أن استخدام أخصائي الجماعة لبرامج التدخل المهني يحتاج لوقت أطول لإثبات فعاليته على المدى الطويل.
4. اعتمد التدخل المهني لمعظم الدراسات على تكنيكات متنوعة منها (العصف الذهني باستخدام الأسئلة، والمناقشة الجماعية، والمحاضرات القصيرة، والزيارات والنزهات.
5. تنوع مؤسسات المسنين التي طبقت بها برامج التدخل المهني ومنها (مؤسسات نهاريه ومؤسسات إيوائية) كما اهتمت بعض البحوث بقضايا المسنين المشردين.
6. معظم بحوث العمل مع جماعات المسنين تستجيب لقضايا المسنين ويتضح هذا من أهداف برامج التدخل المهني التي تناولتها البحوث.
7. اختلاف هدف برنامج التدخل المهني يعكس الاهتمامات الفعلية لهذه الدول فنجد أن حيث نجد أن البحوث الأجنبية كانت تعالج مشكلات تخص فئات

بعينها من المسنين كالخرف، المزاج الاكتئابي المعتدل، تعزيز التسامح، الانخفاض المعرفي.

8. هناك تداخل شديد بين محتويات برامج التدخل المهني على الرغم من تنوع أهداف البرامج وعلى الرغم من ذلك فإن الدراسات العديدة التي أجريت ساهمت في تشكيل اطر التدخل المهني لطريقة العمل مع الجماعات أحدى طرق الخدمة الاجتماعية.

9. استخدام أخصائي الجماعة لبرامج التدخل المهني في العمل مع الجماعات يمكن أن يكون له دور فعال في بعض مشكلات المسنين منها (التوافق الاجتماعي، التمكين، التسامح) بينما هناك محدودية لدورها في مشكلات أخرى ومنها (مشكلات التذكر والخرف والاكتئاب).

10. لم تختلف برامج التدخل المهني لأخصائي العمل مع الجماعات في إطار الممارسة العامة كاتجاه حديث في الخدمة الاجتماعية كثيرا عن البرامج المطبقة في إطار خدمة الجماعة كطريقة منفصلة تقليدية باستثناء التشعب في عدد الأنساق التي يتعامل معها أخصائي الجماعة.

11. كذلك لم تختلف الأدوار المهنية المستخدمة في عمل الجماعة (نسق الجماعة) باستخدام طريقة العمل مع الجماعات عن الأدوار المستخدمة لأخصائي الجماعة في إطار الممارسة العامة.

ثالثا: المشكلات الصحية للمسنين(*)

أسباب الاهتمام بدراسة الحالة الصحية لكبار السن

يعد موضوع الصحة Health لدى كبار السن وما يطرأ عليها من تغيرات من الموضوعات المهمة التي تزايد اهتمام الباحثين بها في الوقت الحالي وقد يعود ذلك الاهتمام إلى الأسباب التالية:

1. إن المسنين إذا ما قورنوا بغيرهم في مختلف المراحل العمرية، نجد أنهم أكثر تعرضا للإصابة بالأمراض المزمنة من صغار السن، وعادة ما يكونون عرضة لنوع أو أكثر منها مما يستلزم وجود رعاية طبية مستمرة لهم.
2. تأثر الصحة النفسية لكبار السن بما يحدث لهم من اضطرابات جسمية حيث يصبحون أكثر عرضة للاضطرابات النفسية كالاكتئاب والقلق.
3. إن تدهور الصحة يترتب علية انخفاض الرضا عن الحياة، وكذلك القدرة على المشاركة أو القيام بمعظم الأدوار الاجتماعية التي كان يقوم بها الفرد من قبل، حيث وجد أن الصحة هي المحدد الأساسي للقدرة على قيام الفرد بدوره في العائلة، والعمل والمجتمع، واستمتاعه بوقت فراغه. فالصحة هي الشيء الضروري والحيوي لاستمرار نوعية جيدة من الحياة لدى كبار السن.
4. إن الرعاية الصحية تستنفذ مقدارا كبيرا من دخل كبار السن كما أنها تستنفذ إمكانيات الدولة المادية.
5. إن الهدف الذي تسعى إليه بحوث تحسين الصحة بالنسبة لكبار السن، هو محاولة جعل كبير السن مستقلاً ومعتمداً على نفسه بقدر الإمكان، فعلى

(*) قام بإعدادها د/ سمر صبحي.

الرغم من التقدم في العلوم الطبية خلال العقود القليلة الماضية، إلا أن تقدم العمر مازال يصاحبه زيادة في نسبة الأمراض والعجز. (يوسف، جمعة سيد، مبروك، عزة عبد الكريم، 2005، ص 58)

وأكدت نتائج دراسات عديدة على أن نسبة كبيرة من المسنين رغم الظروف الصحية السيئة التي يمرون بها يشاركون في أنشطة التدخل المهني لمساعدتهم على مواجهة مشكلاتهم.

وهذه الدراسات أكدت على أن نسبة 95٪ من المسنين المشاركين في التدخل المهني أصبحوا أكثر استقلالا ويعتمدون على أنفسهم بدرجة كبيرة في شئون حياتهم، ويهتمون بمظهرهم كما أن 90٪ من عينة الدراسة يحافظون على مواعيدهم ووعودهم ونسبة 65٪ من عينة الدراسة يبدون بآرائهم في كل الموضوعات ويعبرون بآرائهم. (عمر، سمر صبحي، 2008، ص 235)

6. إن الصحة حالة تراكمية Cumulative state يمكن تحسينها خلال دورة الحياة بهدف ضمان الاستمتاع بكل المزايا عند الكبر. (يوسف، حرجة سيد، مبروك، عزة عبد الكريم، 2005، ص 58)

كما أكدت نتائج الدراسات على أنه يمكن تنمية صحة المسنات ودعت هذه الدراسة إلى اعتبار مرحلة الشيخوخة بداية لحياة منتجة وأن المسنين لديهم قدرات عديدة. مثل الارتباط بعلاقات مفيدة مع الغير وقدرة على الإنتاج .(Cantor, Deborah lessa 2002)

تتوقف الحالة الصحية للمسنين على العديد من العوامل الاجتماعية مثل مستوي المعيشة ودرجة التعلم وارتفاع مستوي الصحة العامة كما إن للحالة الصحية تأثيرا كبيرا على المسن في العديد من الجوانب مثل قدرته على العمل

والاشتراك في الأنشطة الترويحية وعلاقاته الاجتماعية بأعضاء أسرته أو أقاربه وزملائه والدخل والزواج.

وهناك من يرى أن 45٪ من المسنين الذين تزيد أعمارهم عن 80 سنة يعانون من فقدان السمع، و70٪ من المسنين الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة يعانون من عدم الراحة وصعوبة في الحركة بسبب التهاب المفاصل أو الروماتيزم و25٪ من غالبية المسنين يعانون من انخفاض درجة الرؤية مما يتطلب إجراء جراحة لهم. (Mashall, Mary & Dixon, Mary, 1996, p18)

ويمكن حصر أهم الأمراض التي يتعرض لها المسنون فيما يلي:

1. أمراض القلب والجهاز الدوري: مثل تصلب الشرايين أو قصور الدورة الدموية بالرجلين – قصور الدورة الدموية بالشرايين التاجية والذبحة الصدرية وجلطة هذه الشرايين وارتفاع ضغط الدم ومضاعفاته، أمراض القلب وجلطة أوردة الساق.
2. أمراض الجهاز العصبي: جلطة شرايين المخ العصبي، قصور الدورة الدموية المخية المؤقت، النزيف بالمخ، أورام المخ، الشلل الرعاش، أمراض الحبل الشوكي والضغط عليه من ثانويات العمود الفقري أو مرض بالفقرات العنقية ووسائدها.
3. أمراض الجهاز الحركي: مثل التهاب المفاصل العظمي بالفخذين والركبتين والعمود الفقري، ووهن العظام وثانويات العظام.
4. أمراض البول السكري.
5. أمراض اللسان والأسنان وسرطان القولون.

6. الأمراض المعدية: كالنزلات الشعبية والالتهابات الرئوية والتهابات المسالك البولية.
7. أمراض الجهاز الهضمي: كالأمراض مثل صعوبة البلع، أمراض الأسنان، القرح بالمعدة والإثني عشر والقولون وسرطان الجهاز الهضمي، زوائد القولون والبواسير وأمراض الكبد.
8. فقر الدم أنواعه المختلفة.
9. أمراض الغدد الصماء والغدة الدرقية.
10. تغير الإحساس بالألم.
11. أمراض الحواس: كطول النظر والقصر في حدة الأبصار وضعف السمع. (السنهوري، أحمد محمد وآخرون، 2006، ص ث 51 – 53).

العوامل المؤثرة في الحالة الصحية للمسن

1. الغذاء

دلت الأبحاث التي أجريت على الفئران أن نقص الغذاء عن الحد الحيوي الضروري لاتزان الحياة يبكر بالشيخوخة وأن زيادة الغذاء عن ذلك الحد يؤدي أيضا إلى نفس النتيجة، كما أن لنوع الغذاء أثره على حياة الكبار (المسنين) فمثلا زيادة نسبة المواد الدهنية في غذاء المسنين يؤدي إلى زيادة ترسيب الكولسترول في الأوعية الدموية وهذا بدوره يؤدي إلى زيادة ضغط الدم وأمراض القلب.

2. المهنة

لكل مهنة آثارها على المشتغلين بها وهذا يفسر لنا كثرة أمراض القلب والتهاب الحنجرة بين المشتغلين بمهنة التعليم وارتفاع نسبة أمراض الروماتيزم بين الفلاحين.

3. البيئة

تؤثر البيئة بنوعيها اجتماعية كانت أم طبيعية على معدل التمييز العضوي في الكائن الحي وخاصة في طفولته وشيخوخته ولذا يختلف مدى سرعة أو بطء مظاهر الشيخوخة من مجتمع لآخر.

4. تنشيط الأجهزة العضوية المختلفة

تواترت نتائج التجارب المختلفة في هذا الميدان على أن كثرة استخدام أي عضو من أعضاء الجسم البشري يؤخر الشيخوخة ولكل جهاز عضوي مرحلة يصل فيها إلى ذروة قوته ثم ينحدر بعدها إلى الشيخوخة شأنه في هذا شأن الجسم البشري كوحدة.

5. الوراثة

وهي كما نعلم المحددات الرئيسية للحياة في أبعادها المختلفة فهي التي تحدد خواص الفرد الرئيسية مثل الطول، شكل الشعر، لون العينين وقابلية الإصابة بالأمراض كالسكر والصلع والعمى ويتأثر مدى الحياة نفسه طال أم قصر بعامل الوراثة. (عبد المحسن، عبد الحميد، 1990، ص ص 40 – 41).

هذا ويزيد حدة المشكلات الصحية للمسنين وجود بعض المعوقات التي قد ترجع إلى المسنين أنفسهم وهذه المعوقات يمكن إجمالها فيما يلي:

1. إهمال المسنين وأنفسهم ويظهر هذا في عدم تقدمهم لطلب المساعدة حتى تسوء صحتهم.
2. عدم اهتمام المسنين بالكشف الطبي الدوري.
3. عدم إدراك المسن بخطورة علاجه لنفسه بعيداً عن الإشراف الطبي.
4. عدم دراية المسنين بكيفية الوقاية من الحوادث التي قد تؤثر على صحتهم.
5. عدم معرفة أسر المسنين بأمراض الشيخوخة والتقدم في العمر وعدم تقديم الرعاية لهم.
6. خوف بعض المسنين من الإيداع في المستشفيات وإبعادهم عن الجو الأسري الذي يحتاجونه ويألفونه.
7. عدم قدرة معظم المسنين على تحمل نفقات العلاج.
8. كثر من العاملين في الميدان الطبي ليس لديهم الخبرة أو الصبر في التعامل مع المسنين. (إبراهيم، سيد سلامة، 1997 ص ص 143-144).

وأكدت نتائج إحدى الدراسات على أن فعالية الخدمات التي يقدمها قسم طب وصحة المسنين متوسطة ومنها خدمات التغذية.

من أهم الصعوبات التي تؤثر على فعالية الخدمات من وجهة نظر المستفيدين وفريق العمل ما يأتي:

1. عدم توفر الأدوية بالقسم.
2. سوء حالة الأسرة وعدم توفر مستلزماتها.
3. الضوضاء كثيرة من أهل المرضى والعاملين بالقسم دون مراعاة لحالة المريض.

4. الإجراءات الروتينية الطويلة لعمل البحث الاجتماعي للإعفاء من رسوم الدخول.

5. عدم توفر الأدوية في صيدلية العيادة الخارجية مما يضطر المريض المسن لشرائها من صيدليات خارجية بأسعار مكلفة له. (السيد، سعاد إبراهيم عبد الفتاح، 2003)

ويمكن علاج المشكلات الصحية للمسنين وكذلك الوقاية من حدوث تدهور أكبر في الحالة الصحية للمسنين من خلال الإجراءات الآتية:

1. ضرورة اهتمام ممارسي الخدمة الاجتماعية بعمل برامج توعية وأنشطة تثقيفية للمسنين لزيادة معرفتهم بطبيعة المرحلة والأمراض التي قد يصاب بها كبار السن وذلك من خلال عقد ندوات مستمرة وجذب المسنين لحضورها على أن تكون على سبيل المثال لا الحصر (ندوات تغذيه ندوات تتعلق بالإسعافات الأولية وندوات رياضية وندوات طبية) لتوعيتهم بالأمراض المتوقع حدوثها لكبار السن وضرورة طلب المساعدة في مواقف معينة.

2. زيادة اهتمام مؤسسات رعاية المسنين بأهمية الكشف الدوري على المسنين للوقاية من حدوث أمراض الشيخوخة.

3. زيادة اهتمام مؤسسات رعاية المسنين بطرق التغذية وجودة ونوعية العناصر الغذائية المقدمة للمسنين وأن تكون عناصر متكاملة وتتناسب مع طبيعة كبر السن.

4. أهمية توفير صيدليات ملحقة بمؤسسات رعاية المسنين أو التعاقد مع بعض الصيدليات لضمان حصول المسن على الدواء وبأسعار مخفضة.

5. ضرورة اهتمام ممارس الخدمة الاجتماعية بتوعية أسر المسنين وذلك من بداية التحاق المسن بمؤسسة الرعاية بطبيعة المرحلة العمرية للمسن واحتياجاتها وضرورة الاهتمام من جانب الأسر بالمسن بكافة ألوان الرعاية.
6. مساعدة الممارسين المهنية لأسر المسنين في التغلب على المشكلات التي تتعرض لها الأسرة والناتجة عن رعايتها المستمرة للمسنين وخاصة المسنين المرضى.

حيث أكدت على ذلك دراسة لمشكلات أسر المسنين مرض عته الشيخوخة وأوضحت النتائج أن أسر المسنين الراعية لمسنيها مرضى عنه الشيخوخة منزلياً:

1. تعاني من مشكلات اجتماعية.
2. عدم وجود وقت فراغ تمارس فيه الأسرة القائمة بالرعاية أي هوايات أو أنشطة.
3. وتعاني الأسرة القائمة بالرعاية من مشكلات نفسية مثل القلق والتوتر الدائم على المسن ومعانتها من الشعور بالإحباط.
4. تعاني الأسر الراعية لمسنيها مرضى الشيخوخة من المشكلات الاقتصادية مثل:

أ. زيادة نفقات الأسرة على من ترعاه.

ب. زيادة الحاجات والنفقات الخاصة للأسرة مما أثر على عمل أفراد الأسرة. (عوض، احمد محمد احمد، 2001م)

5. كما يجب تزويد الممارسين المهنيين بمؤسسات رعاية المسنين بأحدث الأساليب والبرامج للتدخل المهني مع المسنين لمواجهة مشكلاتهم المختلفة وبلا شك سوف ينعكس هذا على الحالة الصحية للمسنين بالإيجاب.

رابعا: المشكلات الاجتماعية للمسنين (*)

تعرف المشكلات الاجتماعية بحالة أو ظرف يرتبط بمعاناة الفرد وتؤثر هذه الحالة على أعداد كبيرة من الناس، وتكمن أسبابها وحلولها خارج دائرة الفرد ومحيطه المباشر. (العبيدي، إبراهيم بن محمد، 1423هـ، ص 89)

وتتنوع المشكلات الاجتماعية للمسنين ومنها النقص في الاندماج مع الآخرين وتناقص الأدوار الاجتماعية التي يقوم بها المسن ونقص المكانة الاجتماعية للمسن وزيادة وقت الفراغ. (أبو النصر، مدحت، 2004، ص 259)

كما تعبر المشكلات الاجتماعية عن أشياء يرغبها ويريدها المسن ولكنه لا يمتلكها وقد ترجع أسباب حدوث هذه المشكلات إلى شعوره بفقدان بعض الأدوار، مثل: فقدان الأهمية الاجتماعية، انعدام الفائدة، إضافة إلى وقت الفراغ، انخفاض الدخل.

وقد لاحظ (بريم PRIM) أن أهم العوامل التي تؤدي إلى مشكلات كبار السن تتمثل في أنهم يجدون أنفسهم في فترة التقاعد منفصلين عن علاقاتهم السابقة. مع فقدان المسن لبعض الأدوار التي يقوم بها فيمثل ذلك ضغوطاً ومتاعب جسمية ونفسية واجتماعية إلى جانب الضغوط البيئية. وهذه الضغوط

(*) قام بإعدادها د/ سمر صبحي.

تظهر في صورة مشكلات (السروجي، طلعت مصطفى، أبو المعاطي، ماهر، 2009).

ومن هذه المشكلات:

1. **سوء العلاقات الاجتماعية**

حددت نتائج أحد الدراسات أن المسنين في دور الرعاية يعانون من مشكلات اجتماعية متعددة مثل سوء العلاقات بأزواجهم وأبنائهم وأقاربهم وفقد الأصدقاء وصعوبة التكيف مع زملائهم بالدار وعدم شعورهم بالاهتمام من الآخرين، بينما المسنين في البيئة الطبيعية يعانون من عدم قدرتهم على التكيف خاصة بعد إحالتهم للمعاش وفقدانهم لبعض الأدوار وفقد الشعور بالمسئولية والاهتمام الذي يمنحه العمل وكذلك مشكلات كيفية شغل وقت الفراغ. (جمعة، حنان حسن احمد، 1994).

ويزيد من حدة المشكلات الخاصة بالعلاقات الاجتماعية لكبار السن شعورهم بالوحدة والعزلة عن حياة المجتمع، حيث يبدأ هذا الشعور بحياة الوحدة والحرمان من العلاقات القرابية والعائلية التي كانت تؤلف جزءاً كبيراً من نشاطهم واهتماماتهم اليومية، وهذا يضع القيود على عالمهم الاجتماعي وعلاقاتهم الشخصية بأفراد المجتمع الذين يعيشون فيه، ولا يخفى علينا أن الانسحاب من المجتمع والحياة الاجتماعية يتم تدريجياً، حيث لا يكاد المجتمع يشعر بهم في أول الأمر، إلى أن يصل الأمر بهم في النهاية لعزلة تكاد تكون تامة. (السنهوري، احمد محمد، 2005، ص448).

وفيما يتعلق بالعزلة الاجتماعية للمسنين أثبتت نتائج دراسة أن الإناث أكثر قدرة على تكوين العلاقات الاجتماعية أكثر من الذكور، كما أن لديهن

القدرة على التحمل والتوافق الاجتماعي والاتـزان تزيـد عـن الرجـل. (محمـد، جمال شكري، 2002).

وأشارت نتائج إحدى الدراسات إلى ضرورة شعور المسن بحـب الآخـرين الأمـر الـذي يـضفي الـسعادة علـى حياتـه ويدفعـه إلى الاسـتمرار في علاقاتـه الاجتماعية ويرفع من روحه المعنوية ويحقق له التوافق الاجتماعي. (فتح الباب، عصام عبد الرازق، 2003).

2. مشكلة التقاعد

يعد التقاعد أحد التغيرات الهامة التي تواجه المـسن، لمـا يترتـب عليـه مـن مشكلات اقتصادية واجتماعية وصحية ونفـسية، رغـم قـدرة الـبعض الجـسمية والذهنية على تكملة الحياة والعمل لفترة طويلة من الزمن. فقد يـسبب التقاعـد شعورا لدى المسن بفقدان الهوية والمكانة في المجتمع ولا يعرف المسن مـاذا يفعـل بوقت فراغه الطويل الذي كان يقضيه من قبـل في العمـل، وبالتـالي يعـاني مـن الضجر والملل، وبالرغم من تقبل الكثيرين لمـسألة التقاعـد إلا أنـه في النـادر أن ينظر أي منهم إليها على أنها شيء ممتع أو مرغوب فيه. (الفقي، مصطفي محمـد أحمد، 2008، ص 63).

كما يعد التقاعد من أصعب الأزمات النفسية والاجتماعية على الـشخص نتيجة ما يترتب عليه من نتائج سيئة منهـا: فقـد الأدوار الوظيفيـة واتخـاذ أدوار جديدة إلا أن كثيرا من الناس يرحب بالتقاعد عن العمل وبصفة خاصة حـين لا يؤثر تقاعدهم في دخولهم المالية ومـا يترتـب عليهـا مـن مـستوى معيـشة، وقـد وجدت الدراسات أن النساء يرحب بالتقاعد أكثر من الرجال، كمـا يرحـب بـه

أيضاً من كانوا يشغلون وظائف لا تثير اهتمامهم أو تبعث فيهم كثيرا من الرضا. (غانم، محمد حسن، 2004، ص ص 120 – 121)

وإذا كان التقاعد يفقد الكثير من الميزات المادية والمعنوية ويقلل من فرص المشاركة في الأنشطة وعدم الشعور بالإنجاز الاجتماعي فإن ذلك يرتبط بطبيعة المكانة والدور الذي يقوم به شاغل المكانة (المسن). (محمد، جمال شكري، 2002، ص ص، 233).

كذلك يعني التقاعد فقدان الفرد لعمله. ولقد حاول بعض الباحثين تقصي معنى العمل وقيمته بالنسبة للفرد وقد تم التوصل إلى ما يلي:

أ. إن العمل مصدر للدخل.

ب. إنه قد يكون مصدرا لتزويد الفرد بروتين لاستخدام الوقت.

ج. إنه مصدر لتحديد مكانة الشخص الاجتماعية ومركزه.

د. إنه مجال للتفاعل الاجتماعي.

ه. إنه مصدر للخبرات.

و. مصدر لخدمة المجتمع.

ز. مصدر لإشباع الرغبة في الإبداع والإنجاز.

ولا شك بعد كل هذا أن التقاعد سيفقد الفرد كل ما سبق، وسيؤثر بشكل ملحوظ على صحة الفرد ونفسيته وعلاقاته الاجتماعية.

ومن أهم المشاكل التي يواجهها المتقاعدون، ويجب أخذها في الاعتبار (للتشخيص ثم العلاج) المشاكل الآتية:

- القدرة على تعويض الأدوار: حيث أشارت الدراسات إلى أن المتقاعدين يختلفون في مدى القدرة على تعويض الأدوار باختلاف خصائصهم الاجتماعية والديموغرافية وأن تعويض الأدوار إنما يتشابك مع مجموعة من العوامل هي:
  - طبيعة الوظيفة السابقة.
  - مدة الخدمة.
  - أسباب الإحالة إلي التقاعد وهل تم إجبارياً أم اختياريا.
  - المستوى التعليمي.
  - وجود أو عدم وجود تخطيط لما بعد التقاعد.
  - العمر عند التقاعد.
- المشكلات المالية: أيضا أثبتت الدراسات أن المتقاعدين يختلفون في مدى معاناتهم للمشكلات المالية باختلاف خصائصهم الاجتماعية والاقتصادية أو أن الرضا أو تقبل التقاعد يرتبط بمجموعة من العوامل أهمها على الإطلاق: المعاش وهل يكفي للإنفاق أم لا؟ (غانم، محمد حسن، 2004، ص ص 123 - 125).

ويمكن عرض مظاهر المشكلات الاجتماعية للمسنين فيما يلي:

- العزلة وحصر العلاقات الاجتماعية في الأقارب.
- التغير الاقتصادي الذي حدث في المجتمع المصري وفي معظم الدول العربية أدي إلي سرعة التحول الاجتماعي وإلي تفكك البنيان الأسري التقليدي وعلاقاته... وأكثر الفئات تأثرا بذلك هم المسنون الذين كانوا أعضاء لهم

قيمتهم في الأسرة الممتدة إلا أنهم أصبحوا مهملين في ظل الأسرة الصغيرة. ليس لديهم القدرة على كسب قوتهم وتضاءلت قيمتهم إلى العزلة والتماس العلاقات من الأفراد المقربين منهم جدا.

3. إهمال المجتمع لجهود المسنين

على الرغم من التزايد الفعلي في إعداد المسنين عالمياً نتيجة التقدم الصحي في العديد من المجتمعات وبرغم ما يمتلكه العديد من المسنين من خبرات وقدرات على العمل إلا أننا قد نجد بعض المجتمعات قد لا يجد فيها المسن المكان الذي يستفيد منه ولا يملك أي وسيلة من وسائل الإسهام في المجتمع الذي يعيش فيه.

4. عدم القدرة على التوافق الاجتماعي

يعتمد موضوع التوافق الاجتماعي لدي المسنين على عدة عوامل منها الجوانب الصحية، الدخل، شخصية المسن، مدي استعداده لمواجهة موقف التقاعد، والظروف الأسرية المحيطة به... وأنه إذا لم توجد أي مشكلات في هذه الجوانب فالمسن يمكنه أن يعيش في توافق اجتماعي مع المجتمع المحيط به. (عبد اللطيف، رشاد أحمد: 2007 ص ص 218 -219).

وأشارت نتائج دراسة ليناه جوبرت Joubert, Linah إلى أن الموظفين يشعرون بسعادة تجاه تقاعدهم عن العمل ومبرراتهم أنهم سيتمتعون بصحة جيدة ودخل مضمون بعد التقاعد كما أظهرت النتائج أن الموظفين ممن ليس لديهم وعي واستعداد للتقاعد عن العمل يمثلون قلة. (Joubert, Linah ,1999).

5. وضع المسن في مؤسسة اجتماعية

إن أشد ما يؤلم المسن وخاصة من يتمتعون بقدرات عقلية عالية أو الذين لهم خبرة في الحياة كأن يوضعون في مؤسسات اجتماعية لرعايتهم وأيا كانت الأسباب الدافعة إلي إيداعهم بالمؤسسات الاجتماعية إلا أن كثير من احتياجاتهم يمكن أن توفرها أسرهم.

6. فقدان المكانة الاجتماعية

المهنة أو الوظيفة تعطي الشخص هيبة ومكانة أمام الأسرة وأفراد المجتمع وهذه الهيبة تضعف عند التقاعد... حيث يؤدي التقاعد إلي عدم القيام بالأدوار الاجتماعية السابقة... وقد أبرزت الدراسات الاجتماعية أن معدل التفاعل وأبعاده سوف تقل بتقدم الإنسان في العمر وأن تقليص أدوار الإنسان بعد التقاعد يكسبه بعض أنواع السلوك اللا توافقي مثل الشعور بالروتين والتقدير الزائد للذات. (عبد اللطيف، رشاد أحمد: 2007 ص ص220-221).

ويمكن مواجهة المشكلات الاجتماعية للمسنين من خلال ما يلي:

أ. العمل على إشراك المسنين بالأنشطة الاجتماعية داخل مؤسسات الرعاية وأن يتم الاستفادة من إمكانيات وخبرات المسنين في تنظيم وتقديم الأنشطة لأقرانهم من المسنين بالمؤسسة كأن يلقي المسن ندوة بالمؤسسة بحيث يتعلق موضوعها بخبراته السابقة في العمل.

ب. أهمية الاستفادة من تطبيق المساندة الاجتماعية بين المسنين في مؤسسات رعايتهم حيث يمثل كل منهم دعما للآخرين ومساعدتهم وكذلك القيام بالعمل التطوعي ويشترك فيه المسنون لخدمة المجتمع.

ج. ضرورة أن يتم إعداد المسنين لمرحلة التقاعد عن العمل وذلك لضمان ألا تحدث أزمات للمسنين بسبب التقاعد سواء في تقلص علاقاتهم الاجتماعية أو أزمات نفسية قد تصل إلى حد الاكتئاب.

د. أكدت نتائج العديد من الدراسات على أن إشراك المسنين في ممارسة برامج جماعية تؤدي إلى تحسين أدائهم الاجتماعي وتنمية ولائهم وانتمائهم لمجتمعهم المحلي ومشاركتهم المجتمعية (فرغل، سحر فرغل، 1998)، (عبده، سعيد يماني، 1997).

وأوضحت نتائج دراسة أخرى أن اشتراك المسنين في إنجاز مهام برنامج التدخل أدي إلى مساعدة المسنين على أداء أدوارهم تجاه الأحفاد والأقارب والأصدقاء وتجاه الجهاز الإداري وأداء أدوارهم في الأنشطة الاجتماعية بدار الإيواء. (رفعت، أماني محمد، 1999).

خامسا: المشكلات الاقتصادية للمسنين(*)

اهتمت العديد من الدراسات باحتياجات المسنين الاقتصادية وأوضحت أحد هذه الدراسات أن هذه الاحتياجات تتمثل في:

1. عدم كفاية المعاش لمتطلبات الحياة.
2. عدم كفاية مساعدات النقابة المهنية.
3. ثبات قيمة المعاش وارتفاع الأسعار باستمرار.
4. عدم وجود مصادر دخل إضافية. (سالم، محمد نبيل سعد، 2003).

(*) قام بإعدادها د/ سمر صبحي.

يعتقد البعض أن حاجات المسنين أقل من الفئات العمرية الأخرى وعلى هذا الأساس لا يحتاجون الكثير من المال أو أن القليل من المال يمكن أن يسد حاجاتهم، وهذه المقولة مغلوطة بجانب الحقيقة والواقع فالمسنون في حاجة إلي المال لتلبية حاجاتهم الملحة، ففي مرحلة الشيخوخة تكثر الأمراض، ويصبح المسن في حاجة أكبر لزيارة الطبيب، ومع كل زيارة للطبيب هناك قائمة من الأدوية، وهناك أدوية يحتاجها بشكل يومي بعض المسنين المصابين ببعض الأمراض مثل مرض السكر وضغط الدم وغيره من الأمراض التي تحتاج إلى أخذ الأدوية بشكل دائم، ومع كثرة العلل يحتاج المسن إلى دخول المستشفى الذي يكلف الكثير من المال، وفي مرحلة الشيخوخة أيضا تكثر الحاجة إلى الأجهزة الطبية التي تكلف الكثير من المال، وللأمن المالي للمسن جوانب أخرى مهمة فعدم شعوره بالأمن المالي يثير من مخاوفه ويجعله مهيئا للهواجس والقلق والتي لا شك أنها تنعكس على سلامته العقلية والنفسية والصحية. (العبيدي، إبراهيم بن محمد، 1423، ص 100)

مظاهر المشاكل الاقتصادية في مرحلة الشيخوخة وسبل التغلب عليها

إن عدم كفاية الدخل يؤدي إلى ظهور عدة مشاكل في فترة الشيخوخة منها:

1. العجز عن توفير المسكن الصحي المجهز بأسباب الراحة للمسن.
2. العجز عن الحصول على الطعام الكافي للجسم.
3. العجز عن تجهيز المنزل بمكيف في الصيف في البلاد الحارة أو بالتدفئة شتاء (خاصة في البلاد الباردة) أو على الأقل منزل مناسب وهناك الكثير من الأمراض أو الآثار الطبية الناجمة عن الحرمان المادي أو عن قلة المال في سنوات الشيخوخة.

الأولى مردها لسوء المسكن والثانية مردها لسوء التغذية.

وهناك العديد من آثار الفقر التي تسبب الأمراض، ولـذلك يمكـن تخفيفهـا أو شفاؤها بالأدوية ولكنها سرعان ما تنعكس إذا لم يقدم للمسن العـون المـادي الذي يمنع حدوثها. وذلك إما بالحصول على معونة إضـافية مـن وزارة الـشئون الاجتماعية فوق راتب التقاعد الذي يلاحظ أن قيمته الشرائية تتضاءل مع الأيام أو من مساعدات النقابات المهنية التي يحال إليها المسن المحتاج أو من خلال جهود المؤسسات الأهلية المهتمة بالمسنين. (عبد اللطيف، رشاد أحمد، 2007،ص 216)

كذلك لابد أن يهتم أقارب المسن وخاصـة أبنـاءه برعايتـه ماديـا ومعنويـا وإشباع جميع احتياجاته من غذاء مناسب لمرحلتـه العمريـة الـتي يحتاجهـا المـسن لشفائه وتوفير المسكن المناسب الصحي لضمان حياة كريمة للمسن.

سادسا: مشكلة وقت الفراغ لدى المسنين (*)

مقدمة

يمثل وقت الفراغ مشكلة كبيرة لدى المسنين عند عدم القدرة على إشباعه، ويرجع عدم القدرة على إشباعه إلى العديد من الاعتبـارات منهـا مـا يرجـع إلى الخبرات المعيشية للمسن ومنها ما يرجع إلى الـتغيرات البيئيـة مثـل عـدم القـدرة على الرعاية الذاتية والحركية، والدخل والإمكانيات، لذا سوف نتـداول عـرض هذه المشكلة من حيث تعريفها والأسباب الـتي تـؤدي إلى وجودهـا عنـد المـسن وطرق علاجها.

(*) قام بإعدادها د/ أمل جابر.

تعريف وقت الفراغ

يعرف وقت الفراغ بأنه "الوقت الذي يتبقى بعد طرح ساعات العمل الإجبارية، أو ساعات الدراسة، ووقت النوم ليلا، ووقت أداء الواجبات الضرورية (رشوان، حسين عبد الحميد، 2010، 189).

ونعرف مشكلة وقت الفراغ لدى المسنين من جانبنا بأنه "هو الوقت الذي يتواجد فيه المسن منعزلا ومنفردا بعيدا عن الآخرين ولا يمارس فيه ولا يمارس فيه أي أنشطة ترفيهية أو حركية مفيدة أو أعمال تطوعية تساهم في شغل أوقات فراغه بطريقة سليمة، مما يجعل المسن يشعر بالملل والسأم واليأس من الحياة.

عدم قيام المسنين بأنشطة ايجابية حركية معينه مثل ممارسة بعض الأنشطة الرياضية المختلفة لاستثمار الطاقة الموجودة لديهم في هذه المرحلة بصورة صحيحة.

1. الظروف الصحية التي لا تمكن المسن من ممارسة الأنشطة الحركية المختلفة التي تساعد المسن على قضاء وقت الفراغ بصورة ايجابية.
2. تفكير المسن بشكل مستمر في ظروفه الحالية والمستقبلية.
3. تقاعد المسن من العمل يجعل لدية وقت فراغ كبير فإذا لم يستثمره بصوره صحيحة وسليمة فسوف يشعر بالسأم والملل وعدم الرغبة في استكمال الحياة.
4. فقدان المسن للرفقاء وعدم قدرته على اختيار قرائن جدد.
5. تقلص الدور الاجتماعي في الحياة الأسرية والاجتماعية للمسن.

6. عدم استغلال الطاقات والاهتمامات الموجودة لدى المسن في أوقات فراغهم تسبب له العديد من المشكلات التي تؤثر على الحياة النفسية والاجتماعية للمسن.
7. قلة الدخل وعدم توافر الإمكانيات لدى المسن لشغل أوقات الفراغ بصوره ايجابية.

طرق علاج مشكلة وقت الفراغ

1. توفير الأنشطة والبرامج الترويحية التي تساعد المسن على استثمار أوقات فراغه بشكل مثمر ومفيد مما يقلل الشعور بالوحدة والعزلة لدى المسن.
2. حصول المسن على المكانة الاجتماعية داخل الأسرة حتى لو من خلال القيام بأبسط المسئوليات بالمنزل أو مع الأبناء أو الأحفاد وعلى الأسرة أن تشعر المسن بأهمية وأهمية دوره ومكانته داخلها.
3. تشجيع المسنين على الاشتراك في العمل التطوعي وهذا يؤدي إلى تزويد المسن بخبرات ومهارات جديدة ويشعر المسن بأنه مازال له أهمية ودور في المجتمع ويشغل وقت فراغه بصوره سليمة.
4. إيجاد ادوار بديلة تتناسب مع صحة المسن وإمكاناته الفعلية وخبراته السابقة.
5. التوسع في إنشاء العديد من الأندية الخاصة بالمسنين والتي تتيح لهم شغل أوقات الفراغ بصوره سليمة من خلال البرامج التي توفرها.
6. إشعار المسن بالقيمة والكرامة وأهمية الوجود في الحياة بطريقة أو بأخرى من خلال أفراد الأسرة والمحيطين به.

7. مساعدة المسنين على تكوين علاقات وصدقات جديدة وتوعية الأبناء بضرورة تدعيم هذه العلاقات.
8. الإرشاد النفسي والاجتماعي للمسنين من اجل استثمار أوقات فراغهم بصورة ايجابية سليمة وكذلك لإقناعهم بأنهم شخصيات مرغوب فيهم وانه من الممكن أن يكونوا ايجابيين يفيدون غيرهم ويقدمون لهم الخدمات.
9. إعداد العديد من البرامج المتطورة والتي تتناسب مع المسنين من الأغنياء والفقراء والطبقة المتوسطة، لكي تعالج أزماتهم الحياتية، وتعمل على دمجهم مع قضايا المجتمع. ومشكلاته ودمج المجتمع معهم لكي يشاركوا في التخفيف من مشكلاتهم وأزماتهم (رشوان، حسين عبد الحميد احمد: 2011، 231).

وفي ضوء الممارسة المبنية على البراهين يمكن أن نواجه مشكلة وقت الفراغ لدى المسنين من خلال الرجوع إلى نتائج وتوصيات الدراسات العلمية التي تناولت مشكلات وقت الفراغ لدى المسنين أو تناولت مشكلات المسنين وسوف نقوم بعرض بعض الدراسات التي يمكن الاستفادة منها في مواجهة هذه المشكلة على النحو التالي:

دراسة خليفة، عبد اللطيف محمد (1997):

حيث هدفت هذه الدراسة إلى اكتشاف المشكلات التي يواجهها المسنون من العاملين بعد سن التقاعد والمتقاعدين عن العمل، وذلك لإلقاء الضوء على دور كل من العمر والتقاعد وما يصاحبهما من مشكلات، وتكونت عينه الدراسة من 290 مسن منهم 123 مسنا يعملون بعد سن التقاعد و167 مسنا المتقاعدين عن العمل، وجاءت نتائج هذه الدراسة أن هناك تشابها في ترتيب المشكلات من وجهة نظر المسنين العاملين والمتعاقدين وكان ترتيب المشكلات

الاقتصادية والمشكلات الأخلاقية والمشكلات الترفيهية، كما وضحت أن هناك جوانب اختلاف بين المسنين العاملين بعد سن التقاعد والمسنين المتقاعدين وهي:

1. تزايد أهمية مشكلة وقت الفراغ، وكذلك مشكلة عدم وجود أماكن ترفيهية لدى المسنين المتقاعدين بالمقارنة بالعاملين.
2. تزايد أهمية مشكلة الشعور بالعزلة لدى المتقاعدين بالمقارنة بالعاملين وان كانت الفروق لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية بين المجموعتين.
3. تزايد المشكلات الصحية لدى المسنين المتقاعدين عن المسنين العاملين.

لذا أوصت هذه الدراسة بضرورة التصدي للمشاكل التي يوجهها المسنون ومحاولة إيجاد الملائمة لها، كما أوصت بضرورة الاهتمام بتوجيه المسنين ومساعدتهم على التخطيط لمرحلة التقاعد تدريجيا بما يتناسب مع مستوياتهم التعليمية أو الاجتماعية إمكانيتهم المادية وخبراتهم العلمية، كما أوصت هذه الدراسة بإتاحة فرص عمل أمام المتقاعدين ممن يرغبون بالاستمرار في مجالات العمل وذلك من خلال تخصيص بعض الأعمال التي تتسق مع صحتهم.

لذا يمكن الاستفادة من نتائج هذه الدراسة في شغل أوقات فراغ المسنين من خلال إيجاد أعمال لهم تتناسب مع صحتهم ومع مستوياتهم التعليمية، وكذلك الاستفادة منها في تهيئة جميع الذين سيخرجون إلى سن التقاعد سواء من خلال دورات أو ورش عمل أو غيرها على كيفية الاستفادة من أوقاتهم بعد التقاعد (غانم، محمد حسن: 2004، 88:89).

دراسة الشتري، عبد العزيز حمود (2011):

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد المشكلات الاجتماعية والأسرية بعد التقاعد، وتحديد المشكلات المتعلقة بوقت الفراغ والأنشطة الترويحية لدى المسنين

وخرجت هذه الدراسة بمجموعة من التوصيات التي يمكن الاستفادة منها في شغل أوقات الفراغ لدى المسنين بطريقة سليمة ومنها:

1. الاستفادة من خبرات المتقاعدين وطاقاتهم في جميع المجالات بشكل منظم عن طريق الجمعيات أو مؤسسات تنشأ لهذا الغرض في جميع مناطق المملكة العربية السعودية.

2. التوسع وإنشاء أندية رياضية واجتماعية لكبار السن عامة وللمتقاعدين خاصة في جميع مناطق المملكة، على أن تكون تلك الأندية في إطار الثقافة المحلية وتلبي رغبات واحتياجات هؤلاء المسنين مع عدم المبالغة في رسوم الاشتراك إن كانت ضرورية حتى لا يكون ذلك مانعا للكثيرين منهم من الإقبال عليها.

دراسة إسماعيل، سامح خميس سيد (2000):

وهدفت هذه الدراسة إلى تحديد اتجاهات المسنين على اختلاف مستوياتهم من حيث الجنس والمستوى التعليمي ومزاولة العمل بعد سن التقاعد نحو استخدام الأجهزة التكنولوجية اليومية الحديثة مثل التليفون المحمول، الكمبيوتر، الفيديو وغيرها من الوسائل الأخرى، وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين استمرار المسنين في العمل بعد سن التقاعد واتجاهاتهم لاستخدام الوسائل التكنولوجية الحديثة وذلك بالنسبة للمسنين الذين يستمرون في العمل، وهذا يدل على أن الاستمرار في العمل ينمي قدرات المسن ويشغل فراغه، وخاصة أن المسنين عندما يتقاعدون نجد أن وظائفهم وأعمالهم تقل ويترتب على ذلك عدم ممارسة الكثير من المسنين لأوجه النشاط التي ألفوها والمشاركة فيها لسنوات طويلة.

وخرجت هذه الدراسة بمجموعة من التوصيات التي يمكن الاستفادة منها في شغل أوقات الفراغ لدى المسنين المتقاعدين عن العمل بصوره ايجابية وهي:

1. العمل على دمج المسنين في العمل والأنشطة المختلفة بعد سن التقاعد.
2. العمل على تهيئة الفرصة للمسنين لإثبات ذواتهم والعمل على خدمة المجتمع بعد سن التقاعد مما يزيد من اتجاهاتهم الايجابية نحو الحياة.
3. عمل برامج للمسنين لرفع الروح المعنوية لهم وتقليل الإحساس بالشعور بالتقاعد. (غانم، محمد حسن: 2004، 102:101).

عبد الحميد، عبد الحميد عبد المحسن (2011):

وهدفت هذه الورقة إلى تدريب المسنين على بعض الأنشطة التعويضية التي قد تسهم في التخفيف من حدة الآثار الناجمة عن التقاعد، كما هدفت أيضا إلى تفسير وتوضيح بعض التشريعات والبرامج والخدمات التي يمكن الاستفادة منها في مرحلة الشيخوخة، وخرجت هذه الورقة ببرنامج يمكن الاستفادة منه في مواجه مشكلات المسنين بعد التقاعد بصفة عامة ومن ضمنهم مشكلة شغل أوقات الفراغ وسوف نعرض بعض خطوات هذا البرنامج التي يمكن الاستفادة منها في مواجهة مشكلة وقت الفراغ لدى المسنين كما يلي:

1. تنظيم المقابلات الشخصية مع الأفراد المقبلين على التقاعد والمتخصصين في الجوانب المختلفة والتي يتعرض لها الفرد في مرحلة الشيخوخة حتى يمكن لكل منهم أن يوضح الأعداد في الجانب المتخصص فيه فعلى سبيل المثال الطبيب يوضح أهمية الإعداد الصحي للمسن والأخصائي النفسي يوضح أهمية الإعداد النفسي للمسن والأخصائي الاجتماعي يوضح أهمية الإعداد الاجتماعي للمسن.

2. مساعدة الأفراد على الاهتمام بالتخطيط للمستقبل في مختلف جوانب الحياة المادية والصحية والنفسية والاجتماعية والعقلية.
3. مساعدة الأفراد على اختيار المناشط والأدوار الاجتماعية التي يمكن أن يعوضوا بها فقدانهم لوظائفهم وأعمالهم عند التقاعد.
4. تنظيم جماعات صغيرة لا تزيد كل منها عن عشرة أفراد بحيث تستخدم معهم البرامج الاجتماعية كوسيلة لإمدادهم بالخبرات والمهارات التي تفييدهم عند اختيار أساليب حياتهم البديلة بعد التقاعد عن العمل، على أن يعمل مع هذه الجماعات أفراد ومتخصصون ومدربون على العمل مع المسنين.
5. يجب الإعلام بشتى الوسائل المتاحة عن هذه البرامج وتشجيع الأفراد من مختلف الجهات على الاستفادة منها.

دراسة شحته، مروه محمد (2001):

وهذه الدراسة خرجت برؤية نفسية مستقبلية لرعاية المسنين، كما خرجت بمجموعة من المقترحات التي يمكن الاستفادة منها في مواجهة مشكلات المسنين ومنها مشكلة أوقات الفراغ وسوف نقوم بعرض بعض المقترحات التي يمكن الاستفادة منها في مواجهة مشكلات المسنين وهي كالتالي:

1. إيجاد مجالات عمل للمسنين تتناسب مع إمكانيتهم.
2. المتابعة المستمرة والمتعاقبة للحالة النفسية للمسن.
3. إنشاء مراكز رعاية نفسية وصحية خاصة بالمسنين المصابين بأمراض عضوية مزمنة.
4. التوسع في دور ضيافة المسنين المجانية وتحسين أنماط الخدمات بها.

5. الأخذ بنظام الدمج وليس العزل في إقامة المسنين سواء بدور الصيانة أم نوادي المسنين.
6. التهيئة النفسية والاجتماعية للمسنين قبل وصولهم إلى سن التقاعد حتى لا يحدث بصورة مجانية.
7. السماح للمسنين بأداء بعض الأعمال سواء أكانت مهنة أو حرفة داخل دار الضيافة طالما لديهم القدرة على أدائها.
8. الإكثار والتنوع من النشاط الذاتي للمسنين.
9. تدريبهم على برامج الرعاية والمراقبة للذات.
10. العمل على دعوة المسنين إلى تدريب فتيات وفتيان الحي على الأعمال المهنية المختلفة.

لذا يمكن الاستفادة من هذه المقترحات في إيجاد العديد من الطرق والأساليب العلمية التي يمكن استخدامها في مواجهة مشكلات وقت الفراغ لدى المسنين (غانم، محمد حسن: 2004، 108:106).

مراجع الفصل السابع

1. أبو المعاطي، ماهر: (2005): مقدمة في الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية، دار الزهراء، القاهرة.
2. أبو النصر، مدحت: الإعاقة الاجتماعية المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية، مجموعة النيل العربية، القاهرة، 2004.
3. أسعد، يوسف ميخائيل: (2000)، رعاية الشيخوخة، دار الغريب، القاهرة.
4. تقديم منصور، عزمي (2010): كبار السن بين الواقع والطموح، أعمال المؤتمر الثالث، كلية الآداب، جامعة عمان الأهلية، كنوز المعرفة، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية.
5. جمعة، حنان حسن أحمد: دراسة وصفية مقارنة للمشكلات الاجتماعية والنفسية للمسنين في دور الرعاية الإيوائية والمترددين على نوادي رعاية المسنين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1994.
6. رشوان، حسين عبد الحميد، (2010): المشكلات الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
7. رشوان، حسين عبد الحميد احمد: (2011): الزمن وكبر السن والشيخوخة، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.

8. رفعت، أماني محمد: فعالية نموذج التركيز على المهام في مساعدة المسند على أداء أدواره، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1999.

9. سالم، سماح سالم (2011): دراسة تحليلية لأحدث البحوث العالمية في التدخل المهني لأخصائي خدمة الجماعة للتعامل مع المسنين، بحث مرجعي للترقية لدرجة أستاذ مساعد، مقدم للجنة العلمية للترقية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

10. سالم، سماح سالم عوض (2005): إسهامات البحوث العلمية في تطوير برامج طريقة خدمة الجماعة (دراسة تقويمية مطبقة على مجال رعاية الأحداث)، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

11. سالم، سماح، صالح، نجلاء (2010): أساسيات العمل في الخدمة الاجتماعية، عالم الكتب الحديث، اربد، الأردن.

12. سالم، محمد نبيل سعد: تقدير احتياجات المسنين المتقاعدين عن العمل دراسة مطبقة على النادي الفضي للمسنين بمدينة دمنهور، بحث منشور في المؤتمر العلمي السادس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 2003.

13. السروجي، طلعت مصطفى: أبو المعاطي، ماهر: (2009): ميادين ممارسة الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

14. السروجي، طلعت مصطفي، أبو المعاطي، ماهر: ميادين ممارسة الخدمة الاجتماعية، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات بالتعاون مع جامعة القدس المفتوحة، القاهرة، 2008.

15. السنهوري، احمد محمد وآخرون: منهج الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، جامعة حلوان. 2006.

16. السنهوري، أحمد محمد: موسوعة منهج الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية وتحديدات القرن الواحد والعشرين الميلادي، الطبعة السادسة المعدلة، الجزء الأول، دار النهضة العربية، القاهرة، 2005م.

17. السيد، سعاد إبراهيم عبد الفتاح: فعالية خدمات رعاية المسنين بكلية الطب – جامعة عين شمس، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 2003.

18. الشتري، عبد العزيز حمود، (2011): بعض المشكلات الاجتماعية للمتقاعدين عن العمل، بحث علمي منشور، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.

19. عبد الحميد، عبد الحميد عبد المحسن (2011): الإعداد للتقاعد كمدخل لرعاية المسنين، ورقة عمل، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية.

20. عبد الحميد، عبد الحميد عبد المحسن (1987): الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين في الوطن العربي النظرية والممارسة.

21. عبد اللطيف، رشاد أحمد: في بيتنا مسن مدخل اجتماعي متكامل، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، 2007.

22. عبد اللطيف، رشاد احمد (2007): في بيتنا مسن – مخل اجتماعي متكامل، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية.

23. عبد المحسن عبد الحميد: الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، 1990.

24. عبده، سعيد يماني: العلاقة بين ممارسة طريقة خدمة الجماعة مع جماعات المسنين ومشاركتهم في تنمية مجتمعهم المحلي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1987.

25. العبيدي، إبراهيم بن محمد: علم الشيخوخة الاجتماعي، دار الزهراء للنشر والتوزيع الرياض: 1423 هـ.

26. علي، محمود سيد هاشم (2006): المشكلات التي تواجه البرامج الترويحية بدور المسنين، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الترويح الرياضي، كلية التربية الرياضية بنين، جامعة حلوان، جمهورية مصر العربية.

27. عمر، سمر صبحي: التدخل المهني من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية لتمكين المسنين بالمؤسسات الإيوائية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 2008.

28. عوض، أحمد محمد أحمد: دراسة مشكلات أسر المسنين مرض عته الشيخوخة وتصور مقترح لدور خدمة الفرد في مواجهتها، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 2001.

29. غانم، محمد حسن (2004): مشكلات كبار السن التشخيص والعلاج، المكتبة المصرية، الإسكندرية.

30. غانم، محمد حسن: مشكلات كبار السن التشخيص والعلاج "رؤية نفسية دينية"، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2004.

31. فتح الباب، عصام عبد الرازق: فاعلية البرامج الترويحية في خدمة الجماعة في تحقيق التوافق الاجتماعي للمسنين بدور الإيواء، بحث منشور في المؤتمر العلمي السادس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 2003.

32. فرغل، سحر فرغل محمد: استخدام طريقة خدمة الجماعة لوسائل التعبير في البرنامج وتنمية الأداء الاجتماعي للمسنين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1998.

33. الفقى، مصطفى محمد (2008): رعاية المسنين بين العلوم الوضعية والتطور الإسلامي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، بتصرف.

34. الفقي، مصطفي محمد أحمد: رعاية المسنين بين العلوم الوضعية والتصور الإسلامي المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2008.

35. فوده، محمد محمد أحمد (2007): دراسة تحليلية لبرامج جماعات المسنين وتصور مقترح لتطويرها من منظور خدمة الجماعة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

36. قنديل، محمد محمد بسيوني (2009): دور برامج خدمة الجماعة في تخفيف التوافق الاجتماعي للمسنين، المؤتمر العلمي الثاني والعشرون، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

37. محمد، جمال شكري: فعالية خدمة الفرد الجماعية في التعامل مع العزلة الاجتماعية للمسنين، بحث منشور في المؤتمر العلمي الخامس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 2002.

38. وزارة الشئون الاجتماعية (2005): انجازات وزارة الشئون الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، إدارة رعاية المسنين، الإدارة العامة للأسرة والطفولة، القاهرة، جمهورية مصر العربية.

39. يوسف، جمعة سيد، مبروك، عزة عبد الكريم: الصحة الجسمية والنفسية للمسنين، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2005.

40. Contore, Deborah Lessa: Sources of generativity In older women: Alife span development perspective, thesis (p.h.d) simmons college scherel of social work , 2002 .

41. Dayton, Beritingersoll and others (2009): enhancing forgiveness: A Group intervention for the Elderly, Journal of Geronloigcal Social Work, Taylor& Francis Group, U.S.A, p. p 2- 16

42. Huang,Song-Lin Huang (2009)Application of Reminiscence Treatment on older people with Dementia: A Case Study in ping tung, Taiwan, Journal of Nursing Research, Vol,No2,June, p.p 112-119

43. Joubert, linah: retirement preparation for blue calourworkersin an industrial setting: an eapprespective, thesis P,H,D university of Pretoria, south Africa, 1999.

44. Marshall, mary&oixon, mary: social work with older people, third edition, macmillonpres LTD, 1996.

45. OKumiya, Kiyohito & others(2005): effects of group work programs on community – dwelling elderly people with age – associated cognitive decline an / or mild depressive moods: kahoku Longitudinal aging study, research institute for

Humanity and nature, kamigyo – ku, Kyoto, Japan, p.p 276-275

الفصل الثامن

القضايا المرتبطة برعاية المسنين

مقدمة

أولاً: نظرة المسن لنفسه

ثانيا: نظرة المسن لمن حوله

ثالثا: نظرة المجتمع للمسن ونظرة المسن للمجتمع

رابعا: نظرة المسنين لخدمات الرعاية

مراجع الفصل الثامن

الفصل الثامن

القضايا المرتبطة برعاية المسنين

مقدمة

يُظهر الكثيرون من المسنين احتياجاً مجتمعياً ناجما عن فقدان الكثير من العلاقات الاجتماعية على الصعيد الأسري، وصعيد العمل، أو عدم المحافظة عليها لأسباب قد تتعلق بالفجوة العمرية بينه وبين الآخرين، أو لأسباب ذاتية أو مجتمعية.

ونتناول في الفصل الحالي عدد من القضايا المتعلقة بالمسنين وأهمها:

1. نظرة المسن لنفسه.
2. نظرة المسن لمن حوله.
3. نظرة المسن للمجتمع.
4. نظرة المجتمع للمسن.
5. نظرة المسن لخدمات الرعاية المقدمة.

أولاً: نظرة المسن لنفسه(*)

شخصية المسن

يعتبر علماء النفس أن للإنسان أربعة نماذج من الشخصية عند تقدمه في السن وتُبرز عادة هذه النماذج الشخصية الخلفية لطبعه عند تقدمه في السن، حيث تكون أقل حدة في صغره بينما تزداد وتصبح أكثر جلاءً ووضوحاً عند الكبر.

والنماذج الأربعة لشخصية المسن هي:

1. **المسن القنوع**

لقد اقتنع بحياته التي عاشها وهو لا يخشى من المستقبل ولا يشكل الطمع ولا الخوف من الموت المحدق أزمة نفسية له.

2. **المسن الصبور**

ويعتمد هذا المسن على نفسه رغم كل المشاق التي قد يعاني منها، فهو يكابر على نفسه ويخوض في المصاعب الجسدية والفكرية وتبدو له كأنها تحد شخصي له، ويعتقد المسن الصبور أن الموت شيء لا يخيفه إنما هو عدو يجب مقابلته بجرأة وإقدام.

3. **المسن الغاضب**

وهو المسن الذي أصبح عاجزاً عن تخطي المصاعب التي يواجهها في تقدم سنه ويواجه تلك الصعاب بالخوض في الحديث الغاضب والصراخ، ولا يكتفي

(*) قام بإعداد هذه القضية د/ سماح سالم.

بالنقاش الغاضب مع غيره فقط إنما يمتد إلى ذاته أيضاً، وهو غير محبوب عامة من الناس حوله ومع ذلك يستمر في فرض رأيه على من حوله ليبدو مهماً.

4. المسن اليائس

هو المسن الذي لا يريد أملاً في حياته ويتمنى الموت كي لا يكون عبئاً على أحد من حوله في حياته ونتيجة لذلك فهو يفضل عدم البوح بآلامه وأحاسيسه خشية مضايقة الغير، وفي بعض الأحيان تبدو له أعراضه وكأنها مخلص له من الحياة فيتخبط فيها بسكون.

الصورة الذهنية للمسن عن نفسه

على الرغم من الفروق الفردية بين المسنين حول صورهم الذهنية عن أنفسهم إلا أن هناك أسسا عامة يشرك فيها جميع المسنين في وجهات نظرهم عن أنفسهم يلمسها ويلاحظها كل من يتعامل مع المسن ونستطيع تلخيصها في عدد من الردود عند سؤال المسنين عن أنفسهم والتي تم الحصول عليها خلال زيارة بحثية لإحدى دور رعاية المسنين بالمملكة الأردنية الهاشمية، والتي قد تفيدنا في التعرف عن قرب على الصورة الذهنية للمسن عن ذاته حيث كانت صيغة السؤال "كيف حالك؟" وقد جاءت الردود متنوعة (*) على النحو التالي:

1. الحمد لله.
2. لم أعد هاما للآخرين.
3. حالتي تزداد سوءا يوما بعد يوم.
4. نسال الله حسن الخاتمة.

(*) ملاحظة صيغت بعض الردود بنفس تعبير المسن لذا تم وضعها بين "علامتي تنصيص".

5. لماذا تسألين عني لم يعد احد يسأل عني.
6. بخير و جميع من في الدار يعاملوني بحب.
7. مثل باقي الآخرين.
8. "أنا كنت بحكي الكلمة وما حدا يقدر يعارضها والحين خلاص".
9. أنا قضيت مهمتي.
10. أنا تعبان جدا.
11. "هو في حدا مثلي ولا يعرف يقلدني".

وبتحليل الردود السابقة نستنتج ما يلي:

أ. معظم وجهات نظر المسنين عن أنفسهم تتسم بالرضا عن الذات وعن الآخرين.

ب. بعض وجهات النظر تعد وجهات نظر محايدة لا تحمل ميلا معينا تجاه الذات أو تجاه الآخرين.

ج. بعض وجهات النظر جاءت سلبية ويتسق ذلك مع الطبيعة البشرية التي ترى دائماً العيوب خارجه عن نطاق الذات وان مصدرها خارجه.

ثانيا: نظرة المسن لمن حوله (*)

تتقلص منظومة العلاقات الاجتماعية للمسن نتيجة عدة عوامل أهمها: فقدان الشريك، بُعد الأبناء نتيجة الزواج، أو السفر أو الوفاة، التقاعد عن العمل، وفي ظل هذه العوامل وغيرها من العوامل التي لها أكبر الأثر في حياة

(*) قام بإعداد هذه القضية د/ سماح سالم.

المسن، ويجد نفسه مضطراً للعيش بمفرده أو مع آخرين من الأبناء أو الأقارب، أو الإقامة في إحدى دور الرعاية الاجتماعية للمسنين، وهنا تظهر معقبات الاحتكاك و تتكون لدى المسن صورة ذهنية عن نفسه، كما تتكون له صورة ذهنية لدى المحيطين به ممن يتعاملون أو يعيشون أو يختلطون معه.

وفيما يتعلق بنظرة المسن لمن حوله يقسم المسنون وجهات نظرهم عن الآخرين إلى قسمين:

1. القسم الأول يرتبط بمن عاشوا معهم نفس الفترة والقسم الثاني بمن هم موجودون حالياً من صغار السن.

وفيما يتعلق بالقسم الأول جاءت وجهة نظرهم:

أ. كلنا كنا زمان كويسين.

ب. "احنا تعبنا أكثر من أولاد اليومين دول".

ج. كانت الناس تعطي بعضها وتُرضي بعضها.

د. أيامنا كانت شقا نقوم بأكثر من مهمة.

ه. كنا نحترم الزُلم.

و. كان في قيم وكان في احترام.

2. وفيما يتعلق بالقسم الثاني من صغار السن:

أ. "أنا أدري أشياء كثير بس بطلت احكي لحدا ما حدا بيسمع".

ب. وسائل الراحة غيرت حياتنا.

ج. الناس لم تعد ذات قلب ابيض.

د. مفيش خير في حد.

والمدقق لردود المسنين ووجهات نظرهم عمن حولهم يجد أن صورتهم عن قرناءهم من نفس أبناء جيلهم صورة ايجابية تتسم بالرضا والمشاعر الطيبة التعاون والمساندة المتبادلة، بينما تأتي الصورة الذهنية للجيل التالي لهم سلبية تخلو من قيم التعاون والحب، وتنتشر فيها الصفات السلبية التي أفرزتها التداعيات السلبية لمتغيرات العصر والتي تختلف كل الاختلاف عن المحيط البيئي والثقافي الذي عاشوه.

دور الخدمة الاجتماعية في تحسين صورة المسن عن ذاته وعمن حوله

تتقاطع المسؤوليات التي يمكن أن تؤديها المهن، والجهات العاملة في مجال رعاية المسنين والجهات ذات العلاقة، والإعلام، والمجتمع المحلي والمجتمع الدولي، ويستطيع كل فيما يخصه القيام بعدد من الأدوار والمسؤوليات التي تساعد على تحسين صورة هذه الفئة الغالية على قلوبنا جميعا بما قدموا من خبرات وتضحيات، وفيما يتعلق بالجهود التي يمكن أن تسهم بها مهنة الخدمة الاجتماعية في تحسين صورة المسن عن ذاته، وتحسين صورته الذهنية عمن حوله يمكن اقتراح المسؤوليات التالية في ضوء أسس ومبادئ المهنة:

1. التركيز على تدعيم القوى الايجابية لدى المسن عن طريق التعزيز المعنوي المستمر.
2. الاستفادة من خبراتهم السابقة وتوصيل مشاعر الحاجة إليهم وعدم الاستغناء عنهم.
3. منح المسنين الأهمية المطلوبة ووضع هذا المجال في قائمة أولويات مجالات الممارسة من حيث برامج الرعاية والخدمات التي يمكن أن تسهم فيها الخدمة

الاجتماعية بشكل فعال للتقليل من الآثار والقيود التي يفرضها التقدم في السن.

4. التعاون مع التخصصات الأخرى لتقديم أفضل الخدمات بصورة متكاملة للمسن.
5. تحويل قضايا المسنين إلى موضوعات بحثية للوصول إلى أفضل الأساليب والممارسات المبنية على البراهين لحسم قضاياهم ومساعدتهم على حل مشكلاتهم بالأسس العلمية.
6. توجيه شريحة من الدراسات العلمية (الماجستير والدكتوراه) لدراسة قضايا ومشكلات المسنين خاصة ما يرتبط منها بشخصية المسن أو علاقته بالآخرين، ومعيقات عمل الأخصائيين الاجتماعيين في مجال رعاية المسنين ضمن السياسة البحثية لكليات وأقسام كليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية بالعالم العربي، وتوجيه المشاريع البحثية على مستوى البكالوريوس نحو دراسة هذه الفئة واقعياً.
7. إعطاء جميع برامج الخدمة الاجتماعية العلاجية والوقائية والإنمائية نفس القدر من الأهمية مع تركيز الاهتمام على البرامج الترفيهية والثقافية والتي تعتمد على التكنيكات الأكثر تفضيلاً لدى المسن ومنها الحوار والمناقشة وسرد الذكريات.

ثالثا: نظرة المجتمع للمسن ونظرة المسن للمجتمع(*)

تختلف نظرة المجتمع للمسن من مجتمع إلى مجتمع آخر كما تختلف في المجتمع الواحد من مكان إلى مكان آخر حيث إننا نرى أن نظرة المجتمع الحضري للمسن في أي مجتمع تختلف عن نظرة المجتمع الريفي وتختلف عن نظرة المجتمع البدوي وسوف نقوم بتوضيح ذلك من خلال توضيح نظرة المجتمع للمسن في البدو والريف والحضر في العرض التالي:

نظرة المجتمع البدوي للمسن ونظرة المسن له

يمثل المسن في مجتمع البدو قيمة وقامة كبيرة بالنسبة للأسرة حيث إنه في المجتمعات البدوية هو الأساس في كل قرار وهو صاحب الكلمة الأولى والأخيرة في جميع أمور الحياة التي تخص الأسرة، خاصة وان المجتمع البدوي حتى الآن مازال محتفظا بالأسرة الممتدة وبالعشيرة وبالقبلية، ففي الأسر الممتدة يعتبر كبير السن هو قائد المسيرة في حياة الأسرة ويتم الرجوع إليه في كل صغيرة وكبيره لما يمتلكه من خبرات ومشورات وآراء في شئون الحياة.

كما تنال المرأة المسنة في المجتمع البدوي نفس الاهتمام والاحترام والتقدير من جانب أفراد الأسرة كما يتم اخذ رأيها ومشورتها ولكن في الأمور التي تخص الحياة المنزلية.

لذا نرى أن نظرة الاحترام والتقدير والتبجيل التي يحصل عليها المسن في المجتمع البدوي مرتبطة بدرجة كبيرة بالعادات والتقاليد والقيم والثقافات

(*) قام بإعداد هذه القضية د/ أمل جابر.

وكذلك بخصائص تلك المجتمعات وسوف نوضح خصائص المجتمع البدوي الـتي كان لها اثر بالغ الأهمية في نظرة المجتمع للمسن فيما يلي:

1. الاهتمام بالقبلية والولاء لها والتنقل معها.
2. إن مهنة الرعي هي المهنة الأساسية التي يعمـل بهـا اغلـب أفـراد الأسـرة في المجتمع البدوي.
3. النسق الاجتماعي السائد في المجتمعات البدوية هو نسق العشيرة أو القرابة.
4. وجود النظام القبلي الذي يعتمد على المشيخة وشيخ القبيلة يكـون شخـصا كبيرا وذا حنكة وخبرة ورأي سديد.
5. الأسر الممتدة هي الأساس في المجتمعات القبلية.
6. تسود المجتمعات البدوية روابط قرابة قوية تحدد حقـوق والتزامـات أعـضاء الجماعة القرابية مما يساعد على تماسكها واستمرار قيام العلاقات القوية بـين أفرادها.
7. الملكية الجماعية هي نمط الملكية السائد في المجتمعات البدوية، ونجد ان كبـار السن هم المسيطرون في الأسرة القبلية.

ومن خلال عرض هذه الخصائص نجد للأفراد في المجتمعات البدوية عقائد تخص الشيخوخة قـد تختلـف عـن المجتمعـات الأخـرى وقـد توافقهـا في بعـض الأحيان، وذلك إيمانا منهم بأن الإنسان عندما يصل إلى مـا فـوق الأربعـين فإنـه يبلغ ذروة النمو العقلي والجسدي والتفكير الناضج لـذا يجـب الاسـتفادة مـنهم وكذلك احترامهم وتقديرهم وإعطاؤهم مكـانتهم الـتي يـستحقوها وهـذا يعتـبر جزءا من حقوقهم على الأبناء.

وفي المقابل نجد المسن في المجتمع البدوي يشعر بالأمن بالاطمئنان والسكينة ولا يخاف من المستقبل ولا يشعر بالعزلة الاجتماعية حيث انه يجد الاهتمام والاحترام اللازم من الآخرين إلى جانب تلبية كل احتياجاته وخضوع الآخرين لقراراته كل ذلك يشعره بمكانته في وسط أسرته وبين الآخرين مما يجعل لدية الاستقرار النفسي والاجتماعي داخل المجتمع

وهذا يجعل المسنين في المجتمع البدوي يشعرون بالدفء وبالألفة والمحبة من جميع أفراد المجتمع مما يجعل هناك رضا عن المجتمع وكل ذلك يجعل المسنين أكثر انتماء لمجتمعاتهم ويشعرون أنهم مسئولون عن أفراده ويبذلون قصارى جهودهم من اجل حل مشكلات مجتمعاتهم وتقديم المساعدة لأفرادها.

نظرة المجتمع الريفي للمسن ونظرة المسن له

إن نظرة المجتمع الريفي للمسن لا تختلف كثيرا عن نظرة المجتمع البدوي له، فالمسنون في المجتمع الريفي يحصلون على كل الاحترام والتقدير والمكانة داخل الأسر في الريف، لذا نجد المسن في الريف دائما يشعر بالاستقرار والأمان وعدم الخوف من المستقبل خاصة في الأسر الممتدة وهذه الأسر موجودة في قرى المجتمع الريفي، حيث نجد أن اغلب أفراد الأسرة يسكنون في سكن واحد مع الأم والأب ويكون المسن أو الشخص كبير السن هو المسيطر على الأسرة وهو الآمر الناهي في اغلب القرارات التي تخص العائلة، وذلك عكس الأسر على مستوى المركز في المجتمع الريفي حيث أصبحت الأسرة النووية هي الصورة الأساسية للأسر فيه.

ففي هذا النوع الأخير من الأسر يستقل الأبناء عن الآباء عند الزواج ويسكنون في مسكن منفصل عنهم وتكون لهم حياتهم الخاصة بهم بعيدا عن

الآباء، وكبير السن هنا يحصل على الاحترام والتقدير والمكانة من جانب الأبناء، ولكن ليس هو الأمر الناهي والمسيطر كما هو في قرى الريف، ولكنه مجرد مساعد للأبناء في بعض الأوقات التي يحتاجون إليه فيها، لذا نجد المسن في المراكز الحضرية لا يشعر بنفس درجة الأمان التي يشعر بها المسن في قرى الريف.

كما أن خصائص المجتمع الريفي والثقافات والعادات والتقاليد تلعب دورا كبيرا في نظرة المجتمع الريفي للمسن لذا سوف نقوم بعرض هذه الخصائص فيما يلي: (عبد اللطيف، رشاد أحمد، المسيري، نوال: 2013، 9:12)

1. المجتمع الريفي يتكون من منازل متجاورة تعيش فيها الأسرة وأحيانا ما تكون أسرا ممتدة يعيش فيها الأبناء مع الآباء.
2. يتسم المجتمع الريفي بالعلاقات الاجتماعية المتشابكة وعلاقات الوجه للوجه (العلاقات المباشرة) أي أن شبكة العلاقات الاجتماعية في الريف تعتمد على التعاون والكرم.
3. التداخل في كافة الجوانب الاجتماعية، والمشاركة في كافة المناسبات، وسيادة الأعراف والتقاليد الريفية هي الجو السائد في المجتمع الريفي.
4. المجتمع الريفي توجد فيه النزعة الدينية بدرجة كبيرة، ويحث فيه أفراد المجتمع بعضهم البعض على الارتباط بالله.
5. يتسم التغير الاجتماعي في المجتمع الريفي بالبطء، كما أن تحرك المجتمع نحو التغير لا يتم بسهولة، وان أي تغيير يحدث فيه لابد أن يكون مرتبطا بالقيم الدينية.

وهذه الخصائص توضح لنا مدى ارتباط جميع أفراد الأسر في المجتمع الريفي ومدى أهمية كبار السن في حياة الأسر الريفية فهم بمثابة صمام الأمان

للأبناء وخاصة في الأسر الممتدة، كما أن المسنين يجدون أنفسهم من خلال تفاعلهم في وسط أسرهم ومع الآخرين.

لذا نجد نظرة المسن في المجتمع الريفي خاصة الذين يعيشون في الأسر الممتدة بقرى الريف يتفاعلون مع أبنائهم ومع جميع أفراد المجتمع ويشعرون بالرضا عن حياتهم ويشاركون أبناءهم وأحفادهم وجيرانهم في كل المناسبات ولا يشعر المسن هنا بأي مشاعر بغض أو كراهية لأبناء مجتمعة ولكن المسن في الأسر النووية والذي يكون موجودا في المراكز الحضرية يشعر بالرضا ويشارك الآخرين من أفراد المجتمع في المناسبات المختلفة ولكن ليس بنفس درجة المسنين في الأسر الممتدة وذلك لان علاقاتهم الاجتماعية تكون محدودة إلى حد ما والاهتمام بهم لا يكون بنفس درجة الاهتمام بالمسنين في الأسر الممتدة.

نظرة المجتمع الحضري للمسن ونظرة المسن له

إن نظره المجتمع الحضري للمسن تختلف عن نظره المجتمعين البدوي والريفي حيث يتأثر المجتمع الحضري أكثر بالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي تطرأ على المجتمع، فنجد أن هناك تقلصا في دور الأسرة في تقديم الرعاية المتكاملة للمسن وأصبحت الأسرة لا تستطيع إشباع كافة احتياجات المسن إلى جانب إلمامها باحتياجاتها، كما أن العلاقات الاجتماعية في المجتمعات الحضرية أصبحت أقل بين جميع الأفراد بصفة عامة وبين أفراد الأسرة بصفة خاصة، ويرجع ذلك إلى انشغال الأبناء بأمور الحياة وبأسرهم وبأعمالهم وسعيهم الدائم لتحسين مستوى معيشتهم، فكل ذلك يؤثر على علاقة الأبناء بالآباء والاهتمام بهم وبرعايتهم لذا أصبح هناك فتور في العلاقات الاجتماعية بين الآباء والأبناء.

وكل ذلك أدى إلى تبدل وتغير في حياة المسنين من الناحية الاجتماعية والنفسية والاقتصادية فجعلته أكثر قلقا وأقل هدوءا وتفاؤلا وأقل اطمئنانا ويشعر بالغربة عن أهلة وأقاربه التي باتت علاقاتهم به أقل ارتباطا واقل تقاربا وباتت تقوم في المحل الأول على المصلحة والمنفعة المادية وبات المسن في المجتمع الحضري يعاني قلة العلاقات الاجتماعية ومنعزلا من الحياة عن الآخرين (إبراهيم، سيد سلامة: د ت، 68).

خصائص المجتمع الحضري

توضح لنا خصائص المجتمع الحضري نظرة المجتمع للمسن على النحو التالي: (عبد اللطيف، رشاد أحمد، المسيري، نوال، 2013، 9:12):

1. المجتمع الحضري تكون فيه المنازل أكثر اتساعا ومتباعدة عن بعضها والسكن فيها يكون لأسرة واحدة.
2. يغلب على سكان المجتمع الحضري عدم الاستقرار في مسكن واحد وينتقلون من مسكن إلى آخر، ونادرا ما يجتمع الأبناء مع آبائهم في مسكن واحد.
3. العلاقات الاجتماعية في المجتمع الحضري ضعيفة ونادرا ما يتفاعل الناس مع بعضهم البعض إلا في المناسبات، لذا يتسم المجتمع الحضري بالعلاقات غير المباشرة.
4. لا يوجد بالمجتمع الحضري تبادل للمساعدات كما هو في المجتمع الريفي.
5. تكون النزعة الدينية أقل في المجتمع الحضري، حيث توجد وسائل شغل أوقات تحول دون الالتزام بالنواحي الدينية.

6. تسود في اطارة الالتزام بقواعد القانون ولا توجد عقوبة قوية لمن يخالف الآداب الشعبية والعادات والتقاليد.
7. التغير الاجتماعي سريع، والتحرك نحو التغيير يكون بسهولة ويسر وتوفر كافة الوسائل التي تؤدي إلى هذا التغير سواء ايجابية أو سلبية.

وهذه الخصائص توضح لنا مدى الفتور في العلاقات الاجتماعية بين أفراد المجتمع الحضري وبين أفراد الأسرة الواحدة فيه وتوضح لنا انشغال كل فرد في هذا المجتمع بنفسه وعدم الاهتمام بمن حوله حتى ولو كانا والديه.

لذا نجد المسنين في المجتمع الحضري يشعرون بقسوة الحياة خاصة مع صعوبة ظروف الحياة في المجتمع الحضري من جميع النواحي الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والذي أدى إلى ظهور العديد من الصراعات بين الجماعات الاجتماعية على الثروة وعلى المراكز والأدوار، وكذلك اختلاف الرؤية المتبادلة للفئات العمرية المختلفة مما يجعل الحياة في المدينة لها عديد من الآثار السلبية على المسن في جميع النواحي الاجتماعية والاقتصادية والنفسية، مما يجعله يتعرض للعديد من المشكلات عند وصوله سن الشيخوخة ولا يجد من يسانده أو يساعده من أبنائه على مواجهة هذه المشكلات الأمر إلى يجعل المسنين ينظرون بنظرة ساخطة على المجتمع وعلى أفراده ويكونون غير راضين عن حياتهم وعن مجتمعهم.

وفي المقابل نجد أن المسنين الحضريين الذين لديهم مستوى معيشة جيد ولديهم أيضا جذور قروية وروابط عائلية قوية يكونون أكثر رضا وأكثر إقبالا على الحياة وعلى التفاعل والتواصل مع الآخرين من المراحل العمرية المختلفة، وهذا النوع من المسنين في المجتمع الحضري يستطيعون مواجهة متطلبات الحياة

القاسية في هذا المجتمع، وبالتالي يكونون اقل سخطا على المجتمع عن المسنين الذي لا تتوفر لهم الظروف المعيشية الجيدة لمواجهة صعوبات الحياة في المجتمع الحضري (إبراهيم، سيد سلامة: د ت، 72).

ويمكن إرجاع نظرة المجتمع للمسنين في تلك الأنماط المجتمعية المتباينة إلى الأسباب الآتية: (إبراهيم، سيد سلامة، د ت، 69:68)

1. بساطة البناء الاجتماعي في الأنماط المجتمعية التقليدية البدوية والريفية إلى حد بسيط عن البناء الاجتماعي في نمط المجتمع الحضري وبما يتضمنه من انساق ونظم متنوعة بدرجة عالية من التعقيد والتشعب وعدم التجانس.
2. التباين الملحوظ في العادات والتقاليد والثقافات والأعراف السائدة في المجتمعات البدوية والقروية والحضرية، وبناء علية تختلف النظرة إلى المسنين من نوع مجتمع إلى آخر.
3. اختلاف طبيعة الحياة الاجتماعية والاقتصادية والنفسية التي يحياها المسنون من الجنسين في البدو أو الريف أو الحضر، فمثلا حياة المسن في البدو أو الريف تتميز بالبساطة والتجانس والنزعة الجماعية ومشاعر الولاء والود والألفة وعدم سيادة النزعة المادية على عكس حياة المسنين في الحضر.
4. اختلاف الخصائص العامة للسكان في تلك الأنماط المتباينة ثقافيا يكون لها دور كبير في نظرة أبناء المجتمع للمسنين من الجنسين.
5. وفرة كثير من الموارد التي يحتاجها أبناء المجتمع بصفة عامة في المجتمع البدوي بصورة كبيرة وفي المجتمع الريفي إلى حد بسيط واعتمادهم على إمكانيات وموارد البيئة المحلية والإنتاج المحلي على عكس المجتمع الحضري الذي يعتمد

دائما على السوق الخارجي لسد احتياجات سكانه وهذا يجعل الحياة في المجتمع الحضري أكثر صعوبة إذا قورنت بالمجتمع البدوي والريفي.

رابعا: نظرة المسنين لخدمات الرعاية (*)

تقوم منظمات الرعاية الاجتماعية للمسنين بتحقيق أهداف تتمثل في:

1. إيجاد التوازن بين دخول الأفراد وما توفره المؤسسة من خدمات للمستفيدين منها.
2. زيادة فعالية الخدمات التي توفرها المنظمة لأفراد المجتمع حتى تواجه احتياجاتهم المتعددة.
3. الاستمرار في تحسين الخدمات وزيادتها حتى تشبع الاحتياجات المتطورة لأفراد المجتم
4. ع.
5. مواجهة المعوقات والمشكلات التي تعوق المنظمة عن تحقيق أهدافها (السنهوري، أحمد محمد وآخرون، 2006، ص 393).

وتتمثل خدمات رعاية المسنين في مجموعة من الأنشطة التي يمارسها الأخصائيون الاجتماعيون لمساعدة المسنين على إشباع احتياجاتهم ومساعدتهم على مواجهة مشكلاتهم وفقا لبرامج محددة ومخطط لها لممارسة الأنشطة المهنية مع ضرورة اشتراك المسنين في تحديد وتنفيذ أنشطة البرنامج وذلك لضمان فعالية الخدمات المقدمة لهم.

(*) قام بإعدادها د/ سمر صبحي.

واهتمت العديد من الدراسات بدراسة فعالية الخدمات بالمؤسسات الاجتماعية وتتمثل أهمية دراسة فعالية الخدمات بالمؤسسات الاجتماعية فيما يلي:

1. تساعد دراسة فعالية الخدمات على تطوير تلك الخدمات وهذا يتضمن الإجابة على تساؤلات هي:

أ. إلى أي مدى يوجد قبول عام لهذه الخدمات؟

ب. كيف تقيم هذه الخدمات من وجهة نظر مقدمي الخدمات والمستفيدين؟

ج. ما وسيلة استكمال هذه الخدمات لتؤدي أهدافها بطريقة أفضل؟

2. تساعد دراسة فعالية الخدمات على تحسين الخدمات بحيث تكون أكثر استجابة واستمرارية لمتطلبات المجتمع، كما أنها تساعد العاملين في مجال تخطيط الخدمات على اتخاذ القرارات وتخطيط البرامج كنقطة انطلاق لتطوير وتحسين تلك الخدمات.

3. تساعد دراسة فعالية الخدمات على التعرف على مدى تحقيق المؤسسة الاجتماعية لأهدافها مقيسة بدرجة ما توفره من خدمات وقدرتها على تحقيق أهدافها، خاصة وأن ذلك يساعد على التعرف على الكيفية التي تؤدي بها المنظمة وتقدم خدماتها ومستوى الخدمة وبعض العقبات التي تواجهها في تقديم الخدمات. (المرجع السابق، 397).

4. واهتمت دراسة إيمان محمد الياس 1998 بتقويم الخدمات الاجتماعية بأندية المسنين والتعرف على مدى فعاليتها من وجهة نظر المستفيدين ومدى كفاءة النادي من وجهة نظر العاملين.

5. وأوضحت النتائج انخفاض مستوى فعالية الخدمات المقدمة بأندية المسنين من وجهة نظر المسنين.
6. كما أظهرت نتائج إحدى الدراسات مدى قدرة برامج الرعاية الاجتماعية على توفير الإقامة المريحة للمسنين بدور المسنين. تبين أن:

أ. المؤسسة عالية الأجر هي أكثر المؤسسات توفيرا للإقامة المريحة يليها المؤسسة الفندقية ثم المجانية وأخيراً الرمزية.

ب. المؤسسة عالية الأجر هي أكثر المؤسسات التي يهتم فيها المسؤولون بالمعاملة الجيدة للمقيمين بها.

وفيما يتعلق بقدرة البرامج الترفيهية على شغل أوقات الفراغ لدى المسنين يتبين أن:

1. جميع المؤسسات يتوفر بها جهاز تليفزيون ولكن هناك فرقا في مكان تواجده وفي المؤسسة الفندقية يوجد لكل مسن ولكن المجانية والرمزية في الصالة.
2. المؤسسة عالية الأجر والمجانية تنظم الرحلات الترفيهية فيما تبين عدم الاهتمام بالبرامج الترفيهية الأخرى من قبل المسئولين. (فريد، قوت القلوب محمد، 1991).

كما أوضحت إحدى الدراسات أن هناك بعض القصور في الرعاية الاجتماعية في مؤسسات المسنين وتتمثل في الآتي:

1. نقص الإمكانيات المادية.
2. قلة عدد الأخصائيين الاجتماعيين في هذا المجال.
3. عدم تفهم الإدارة لطبيعة لعمل الأخصائي الاجتماعي.

4. عدم وجود أخصائيين نفسيين بالمؤسسات.
5. كثرة المسئوليات الإدارية للقائمين برعاية المسنين. (جوهر، عادل موسي، 1980).

وتوصلت إحدى الدراسات إلى اتجاهات المسنين السلبية نحو المجتمع وخدمات رعايتهم وأوضحت النتائج أن:

1. غالبية المسنين يرون أن الأسرة المصرية لا تقوم بدورها كاملا في رعاية مسنيها وهو ما يكوّن اتجاها سلبياً نحو دور الأسرة في رعاية المسنين بالمجتمع المصري.
2. يشير المسنون إلى وجود تقصير في الخدمات التي تقدمها الدولة للمسنين.
3. كما يرون أن مؤسسات رعاية المسنين نفسها غير كافية لخدمة المسنين.
4. هناك اتجاه سلبي نحو كفاية القوانين والتشريعات الصادرة من المجتمع والتي لا تقابل احتياجات المسنين.
5. يتجه المسنون إلى المطالبة بإحداث تغييرات جذرية في برامج الرعاية الاجتماعية الحالية.
6. أشار المسنون إلى ضرورة تعديل أوضاعهم الاقتصادية.
7. يطالب المسنون بمدافع عنهم كمهني لازم لدفع برامج خدماتهم يسانده وسيط بين المسنين والمجتمع. (فتوح، محمد فؤاد، 1993)

هذا ويتعرض المسنون إلى الإهمال بشكل كبير في المجتمعات المتقدمة وكذلك المجتمعات الآخذة في النمو.

الإهمال

يعني فشل من يقوم برعاية المسن من إشباع حاجاته الجسمية والنفسية والاجتماعية.

وهناك ثلاثة أنواع من الإهمال هي:

1. **الإهمال المقصود**

ويعني هذا النوع من الإهمال أن من يقوم بعملية رعاية المسنين يتعمد التقصير في أداء واجباته نحو من يقوم برعايته، فقد يقصر في إطعامه أو يتركه يعاني من العطش، أو يتعمد حرمانه من ممارسة نشاطاته الاجتماعية أو يتعمد حرمانه من الفحوص الطبية الضرورية، أو من العلاج والأدوية والذي يترتب عليه الإضرار برفاهية المسن.

2. **الإهمال غير المقصود**

ويحدث هذا النوع من الإهمال بدون قصد نتيجة للأعباء الكبيرة الملقاة على عاتق من يقوم بالرعاية، كما ينجم هذا النوع من الإهمال عن غياب المعلومات ذات الصلة بالعناية بالمسنين.

3. **الإهمال الذاتي**

وهذا النوع لا يقل خطورة عما سبق عرضه من أنواع الإهمال، ويعني أن يقوم المسن القادر بأعمال تؤدي إلى المخاطرة بصحته أو سلامته، ويمثل هذا النوع النسبة الكبرى من أنواع الإهمال وتعد الأمراض النفسية والعقلية أهم أسباب الإهمال الذاتي. (العبيدي، إبراهيم بن محمد، 1423، ص ص 94-95).

وبناء على ما سبق فإن المسنين يعدون إحدى فئات السكان المعرضين للخطر ويرجع ذلك إلى طبيعة هذه المرحلة العمرية والتغيرات التي تحدث فيها بما يزيد من الاحتياجات التي ينبغي أن تحصل عليها هذه الفئة في إطار منظومة متكاملة عن طريق اهتمام الدولة بتدعيم مؤسسات رعاية المسنين وتوفير الرقابة عليها لضمان فعالية الخدمات المقدمة للمسنين، وكذلك الاهتمام بتوعية أسر المسنين بضرورة رعايتهم وسبل رعايتهم عن طريق الوسائل التثقيفية المختلفة وتوعية المسنين أيضاً بضرورة اهتمامهم برعاية أنفسهم وطلب المساعدة من أسرهم أو القائمين على رعايتهم عند الحاجة إلى ذلك.

مراجع الفصل الثامن

1. إبراهيم، سيد سلامة: (د ت) قضايا ومشكلات الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية.
2. أعمال المؤتمر الثالث كلية الآداب- جامعة عمان الأهلية (2010): كبار السن بين الواقع والطموح، دار كنوز المعرفة، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية.
3. إلياس، إيمان محمد: تقويم الخدمات الاجتماعية بأندية المسنين بمحافظة القاهرة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1998.
4. جوهر، عادل موسي: المشكلات الفردية التي تقابل المسنين وأساليب رعايتهم اجتماعيا بالمؤسسات الإيوائية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1980.
5. سالم، سماح سالم عوض (2011): فعالية الجماعة كأداة في تدعيم ممارسة المسنين لحقوقهم دراسة تقويمية مطبقة على مؤسسات الرعاية الاجتماعية للمسنين بالمملكة الأردنية الهاشمية، بحث منشور، المؤتمر الدولي الرابع والعشرون كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، مارس 2011.
6. السنهوري، أحمد محمد: منهج الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي بجامعة حلوان، القاهرة، 2006.

7. عبد اللطيف، رشاد أحمد، المسيري، نوال: (2013)، ممارسة الخدمة الاجتماعية الريفية والحضرية، المملكة العربية السعودية.

8. العبيدي، إبراهيم بن محمد: علم الشيخوخة الاجتماعي، دار الزهراء للنشر والتوزيع، الرياض، 1423هـ

9. فتوح، مدحت فؤاد: دور طريقة تنظيم المجتمع في تغيير اتجاهات المسنين السلبية نحو المجتمع، بحث منشور في المؤتمر العلمي السنوي السابع، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1993.

10. فريد، قوت القلوب محمد: تقويم برامج الرعاية الإيوائية للمسنين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، 1991.

11. فلا، فاطمة الزهراء (د.ت): أعتاب الشيخوخة، دار جزيرة الورد للنشر، القاهرة، جمهورية مصر العربية.


دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة
شركة جمال أحمد محمد حيف وإخوانه
www.massira.jo


دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة
شركة جمال أحمد محمد حيف وإخوانه
www.massira.jo

ممارسة الخدمة الإجتماعية
مع المسنين





دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة
شركة جمال أحمد محمد حيف وإخوانه
www.massira.jo

حمّل تطبيق **دار المسيرة** على:





